

UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ

GISELE KNOP AUED

**PRÁTICAS DA ENFERMEIRA DE LIGAÇÃO PARA A CONTINUIDADE DO
CUIDADO**



CURITIBA

2017

GISELE KNOP AUED

PRÁTICAS DA ENFERMEIRA DE LIGAÇÃO PARA A CONTINUIDADE DO
CUIDADO

Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Setor de Ciências da Saúde, Universidade Federal do Paraná, como requisito parcial à obtenção do título de Doutora em Enfermagem.

Orientadora: Profa. Dra. Elizabeth Bernardino
Coorientadora: Profa. Dra. Maria Manuela Ferreira
Pereira da Silva Martins

CURITIBA

2017

Aued, Gisele Knop

Práticas da enfermeira de ligação para a continuidade do cuidado / Gisele Knop Aued – Curitiba, 2017.

185 f. : il. (algumas color.) ; 30 cm

Orientadora: Professora Dra. Elizabeth Bernardino

Coorientadora: Professora Dra. Maria Manuela Ferreira Pereira da Silva Martins

Tese (doutorado) – Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Setor de Ciências da Saúde. Universidade Federal do Paraná.

Inclui bibliografia

1. Enfermagem. 2. Gerenciamento da prática profissional. 3. Continuidade da assistência ao paciente. 4. Cuidado transicional. 5. Alta do paciente. I. Bernardino, Elizabeth. II. Martins, Maria Manuela Ferreira Pereira da Silva. III. Universidade Federal do Paraná. IV. Título.

CDD 610.73



MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO
UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ
PRÓ-REITORIA DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO
Setor CIÊNCIAS DA SAÚDE
Programa de Pós Graduação em ENFERMAGEM
Código CAPES: 40001016045P7

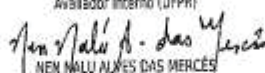
TERMO DE APROVAÇÃO


Os membros da Banca Examinadora designada pelo Colegiado do Programa de Pós-Graduação em ENFERMAGEM da Universidade Federal do Paraná foram convocados para realizar a arguição da Tese de Doutorado de **GISELE KNOP AUED**, intitulada: **"PRÁTICAS DA ENFERMEIRA DE LIGAÇÃO PARA A CONTINUIDADE DO CUIDADO"**, após terem inquirido a aluna e realizado a avaliação do trabalho, são de parecer pela sua aprovação no rito de defesa.
A outorga do título de doutor está sujeita à homologação pelo colegiado, ao atendimento de todas as indicações e correções solicitadas pela banca e ao pleno atendimento das demandas regimentais do Programa de Pós-Graduação.

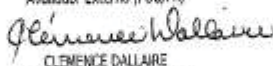
Curitiba, 11 de Dezembro de 2017.


ELIZABETH BERNARDINO
Presidente da Banca Examinadora (UFPR)


NIDA MARIS PERES
Avaliador Interno (UFPR)


NEN NALU ALVES DAS MERCÊS
Avaliador Interno (UFPR)


MARCIA REGINA CUBAS
Avaliador Externo (PUC/PR)


CLEMENCE DALLAIRE
Avaliador Externo (ULaval)


JUDITH LAPIERRE
Avaliador Externo (ULaval)

Dedico esta tese ao meu pai, **Leomar Knop**, que por um percalço da vida vivenciou a continuidade e a descontinuidade do cuidado, reforçando a importância do meu objeto de pesquisa e me fortalecendo nesta trajetória acadêmica.

AGRADECIMENTOS

À orientadora, **Profa. Dra. Elizabeth Bernardino**, a quem tanto estimo como profissional e pessoa. Agradeço por toda a sua dedicação nesta trajetória, às horas de orientações, as extensas traduções do Francês para o Português e, ainda, pelo seu incentivo, compreensão e por me encorajar a superar minhas dificuldades.

À coorientadora **Profa. Dra. Maria Manoela F. P. da S. Martins** pelas preciosas contribuições na construção desta pesquisa.

À **Profa. Dra. Lillian Daisy Gonçalves Wolff** e à **Profa. Dra. Márcia Regina Cubas** pelas valiosas contribuições na banca de qualificação.

À **Profa. Dra. Aida Maris Peres**, à **Profa. Dra. Judith Lapierre**, à **Profa. Dra. Clemence Dallaire** e à **Profa. Dra. Márcia Regina Cubas** pelo compartilhamento de saberes e por aceitarem o convite em fazer parte da banca de defesa.

À **Profa. Dra. Clemence Dallaire** da *Université Laval* e à **Dra. Sylvie Dubois**, diretora de enfermagem do *Centre Hospitalier de l'Université de Montréal*, por colaborarem com os trâmites éticos da pesquisa no Québec.

Ao **Grupo de Pesquisas em Políticas, Gestão e Práticas em Saúde (GPPGPS)** pelos momentos de reflexão e compartilhamento de saberes.

À **Universidade Federal do Paraná (UFPR)** e aos **docentes do Programa de Pós-Graduação de Enfermagem** pelos ensinamentos.

À **Coordenadoria de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES)**, pelo financiamento dos meus estudos.

Ao **Programme des futurs leaders dans les Amériques (PFLA)** do Governo Canadense pelo apoio financeiro e pela oportunidade de conhecer *in loco* o trabalho das enfermeiras de ligação.

À **Université Laval** por dispor toda a sua estrutura durante o meu estágio de doutoramento e por estar disposta a ajudar sempre que precisei.

À **Profa. Dra. Judith Lapierre** por colaborar na minha candidatura do *Programme des futurs leaders dans les Amériques (PFLA)*, pelas suas contribuições nesta pesquisa e por acolher de modo tão especial na *Université Laval* e no Québec.

À **Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC)** por me oportunizar a realização de disciplinas isoladas.

À colega de curso, **Carina Bortolato**, com quem eu dividi moradia por dois anos e pude compartilhar momentos que somente doutorandos compreendem. Você me conquistou com a sua simpatia, generosidade e alegria; uma amizade que levo para a vida.

À colega de curso, **Fernanda Catafesta Utzumi**, com quem eu pude discutir acerca da “continuidade do cuidado” e juntas pudemos aprender um pouco mais. À colega de curso, **Solange Meira de Sousa** por sua amizade e companheirismo.

Às **enfermeiras de ligação**, participantes desta pesquisa, sem as quais esta investigação não seria possível e, em especial, a Enfermeira de ligação, **Roberta Ruggiero**, quem eu tive a oportunidade de acompanhar de perto, obrigada por me receber em seu serviço e me explicar, detalhadamente, o seu trabalho e, também, por me receber em sua casa no dia do natal, foi uma linda festa.

Ao meu companheiro de vida, **Wladimir Wrublevski Aued**, pelo seu intenso amor, que no dia a dia se concretiza por meio de todo o seu apoio, respeito pelas minhas escolhas, incentivo, escuta, generosidade e empatia. Agradeço pelo suporte durante esses anos de curso e durante o estágio de doutoramento, em que entre seu trabalho e estudos você priorizou estar comigo, no primeiro mês, para me ajudar com o Francês e a me instalar na cidade. Meu sincero agradecimento.

À amiga **Maude Dione**, por suas dicas, pela confiança, por alugar sua casa em Québec, com tudo dentro, inclusive roupas de inverno, mostrando toda a sua

generosidade, uma das maiores virtudes de uma pessoa. Você foi a pessoa que deixou a minha estadia no gélido Québec muito mais fácil, quando tudo parecia tão difícil. Meu sincero agradecimento.

Aos meus pais, **Leomar Knop**, **Aurea R. Knop**, e minhas queridas irmãs, **Bruna Regina Knop** e **Isabela Louise Knop** pela torcida, vibração, apoio, mesmo que de longe, agradeço de coração por entenderem as minhas ausências.

Aos meus sogros, **Idaleto Mauvezzi Aued** e **Bernardete Wrublevski Aued**, por me incentivarem a realizar o doutorado e serem pessoas em quem eu me espelhei por suas trajetórias acadêmicas.

RESUMO

AUED, G. K. **PRÁTICAS DA ENFERMEIRA DE LIGAÇÃO PARA A CONTINUIDADE DO CUIDADO**. 185 f. Tese – Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Setor de Ciências da Saúde, Universidade Federal do Paraná, Curitiba, 2017.

Orientador: Prof. Dr. Elizabeth Bernardino.

Co-orientadora: Prof. Dr. Maria Manuela Ferreira Pereira da Silva Martins.

Linha de Pesquisa: Gerenciamento de Ações e Serviços de Saúde e Enfermagem.

Introdução: Esta pesquisa é parte de um estudo multicêntrico desenvolvido no Canadá, na Espanha e em Portugal acerca das práticas das enfermeiras de ligação para a continuidade do cuidado. Neste estudo, foram apresentados os resultados do contexto Canadense. **Objetivo geral:** descrever as práticas das enfermeiras de ligação para a continuidade do cuidado ao paciente. **Objetivos específicos:** identificar como as enfermeiras são inseridas no cargo de ligação, caracterizar as principais competências para o cargo de ligação e como essas são desenvolvidas, identificar os desafios na coordenação do cargo de ligação, descrever as atividades desenvolvidas pelas enfermeiras de ligação na atenção hospitalar, identificar os elementos que facilitam e dificultam as práticas das enfermeiras de ligação. **Método:** pesquisa qualitativa, descritiva, inserida na linha de pesquisa: Gerenciamento de Ações e Serviços de Saúde e Enfermagem. Realizada no Centro Hospitalar Universitário de Montréal e de Québec, com 23 enfermeiras de ligação e dois chefes das enfermeiras de ligação. Os dados foram coletados por meio um questionário semiestruturado, aplicado às enfermeiras de ligação, via plataforma *Survey Monkey* e pela realização de uma entrevista semiestruturada com os seus chefes. Utilizou-se a técnica de análise de conteúdo de Bardin, com categorias de análise pré-definidas e teve como suporte teórico o Cuidado Baseado nas Forças de Gottlieb. **Resultados:** foram apresentados para os chefes das enfermeiras de ligação, em Montréal pela orientadora desta tese, em Québec pela doutoranda e sua supervisora de estágio no exterior, o qual foi realizado na *Université Laval*, financiado pelo *Programme des Futurs Leaders dans Les Amériques (PFLA)* e proporcionou o conhecimento *in loco* do trabalho das enfermeiras de ligação. As enfermeiras de ligação passam por um recrutamento do tipo interno, as que possuem maiores chances para ocupar o cargo são aquelas com experiência clínica, autonomia e conhecimento da rede. Um dos principais desafios enfrentados na coordenação do cargo de ligação é o absenteísmo das enfermeiras. As enfermeiras de ligação precisam desenvolver um conjunto de competências como, por exemplo: julgamento clínico, liderança, comunicação, advocacia. As atividades desenvolvidas pelas enfermeiras de ligação incluem: identificação do paciente que necessita do serviço de ligação, planejamento da alta hospitalar, transferência das informações entre o hospital e os demais serviços da rede. Um dos elementos que dificultam as práticas das enfermeiras de ligação é a dificuldade da equipe médica em informar a alta do paciente com antecedência, dentre as facilidades está o cuidado centrado no paciente e os recursos informáticos. **Discussão:** as enfermeiras de ligação centram suas práticas nas necessidades e potencialidades de cada paciente, assumem o papel de

advogadas dos pacientes e planejam a alta hospitalar com vistas à continuidade do cuidado e a segurança dos pacientes. Considerações finais: sustenta-se que as práticas das enfermeiras de ligação do Québec podem ser transferidas e adaptadas em outros locais, como no Brasil, como uma estratégia para enfrentar a descontinuidade do cuidado, promovendo maior qualidade, segurança do cuidado e satisfação dos pacientes.

Palavras-chave: Enfermagem. Gerenciamento da Prática Profissional. Continuidade da assistência ao paciente. Cuidado transicional. Alta do paciente

ABSTRACT

AUED, G. K. **THE LIAISON NURSE PRACTICE FOR THE CONTINUITY OF CARE.** 185 f. Thesis- Post-Graduation Program in Nursing, Department of Health Sciences, Federal University of Paraná, Curitiba, 2017.

Director of research: Prof. Dr. Elizabeth Bernardino

Co Director of research: Prof. Dr. Maria Manuela Ferreira Pereira da Silva Martins.

Research line: Management of Actions and Health and Nursing Services.

Introduction: This research is part of a multi-centric study development in Canada, Portugal and Spain about the practices of liaison nurses for the continuity of care. In this study, the results of the Canadian context were presented. Main objective: describe the liaison nursing practices for the patient's care continuity. Specific objectives: describe how the nurses are inserted in the liaison position, characterize the core competences for the liaison position and how they are developed, identify the challenges in the coordination of the liaison position, describe the activities developed by the liaison nurses in the hospital care, identify the elements which facilitate and difficult the practices of the liaison nurse. Method: qualitative research, descriptive, it is inserted in the research line Management of Actions and Health and Nursing Services. The research was conducted at Montréal University Hospital Center and at Quebec University Hospital Center with 23 liaison nurses and two heads of liaison nurses. Data was collected through a semi-structured questionnaire applied to the liaison nurses, via the platform *Survey Monkey* and through a semi-structured interview with the liaison nurses heads. For data analysis it was employed the technique of content analysis proposed by Bardin with predefined analysis categories and had as theoretical support the Strengths-Based Care by Gottlieb. Results: were presented for the heads of the liaison nurses in Montreal by research director this thesis and in Quebec by the doctoral student and her abroad internship supervisor. The doctoral internship was held at the *Université Laval*, funded by the *Programme des Futurs Leaders dans Les Amériques (PFLA)* and enabled *in loco* knowledge of liaison nurses practices. The liaison nurses through an intern type of recruitment the ones with the greatest chances to fill the position are those with clinical experience, autonomy and knowledge of the network. Liaison nurses need to develop a set of skills for example: clinical judgment, leadership, communication, advocacy. The activities developed by the liaison nurses include: identification of the patient who needs the liaison department, hospital discharge planning, the information transfer between the hospital and other network services. Among the elements that make nurses' practices difficult, it is difficulty of medical staff to report the discharge in advance, among the facilities is care centered in the patient and computer resources. Discussion: the liaison nurses focus their practices on the needs and potential of each patient, assume the role of patients' advocates and make discharge planning for the continuity of care and patient safety. Final considerations: it is sustained that the Quebec liaison nurses practices can be downloaded and adapted in other places, such as in Brazil, as a strategy to face the discontinuity of care, promoting higher quality, safety of care and patient satisfaction.

Keywords: Nursing. Practice Management. Continuity of patient care. Transitional care. Patient discharge.

LISTA DE FIGURAS

FIGURA 1	- OS DEZ DOMÍNÍOS PARA UM IDEAL CUIDADO TRANSICIONAL	37
FIGURA 2	- ELEMENTOS CONSTITUTIVOS DA REDE DE ATENÇÃO À SAÚDE	44
FIGURA 3	- INTERRELAÇÃO ENTRE AS QUATRO ABORDAGENS QUE PAUTAM O CBF	52
FIGURA 4	- ASPECTOS QUE MUDAM NA PARCERIA COLABORATIVA E FAVORECEM O EMPODERAMENTO DO PACIENTE	57
FIGURA 5	- PRINCIPAIS ATORES DE UMA REDE TERRITORIAL DE SERVIÇOS DE SAÚDE E DE SERVIÇOS SOCIAIS NO QUÉBEC	63
FIGURA 6	- SÍNTESE GRÁFICA DOS RESULTADOS DA PESQUISA.....	75

LISTA DE QUADROS

QUADRO 1	- QUADRO RESUMO: DEFINIÇÕES E TIPOS DE CONTINUIDADE DO CUIDADO.....	35
QUADRO 2	- OS METAPARADIGMAS DA ENFERMAGEM E OS PRESSUPOSTOS.....	53
QUADRO 3	- SÍNTESE DOS ASPECTOS METODOLÓGICOS DA PESQUISA.....	70
QUADRO 4	- QUADRO RESUMO: CATEGORIAS E SUBCATEGORIAS RELACIONADAS AO CARGO DE LIGAÇÃO.....	73
QUADRO 5	- QUADRO RESUMO: CATEGORIAS E SUBCATEGORIAS RELACIONADAS ÀS ATIVIDADES DAS ENFERMEIRAS DE LIGAÇÃO NA ATENÇÃO HOSPITALAR.....	74
QUADRO 6	- QUADRO RESUMO: CATEGORIAS E SUBCATEGORIAS RELACIONADAS AOS ELEMENTOS QUE DIFICULTAM E FACILITAM AS PRÁTICAS DAS ENFERMEIRAS DE LIGAÇÃO.....	74
QUADRO 7	- MATRIZ COM AS CATEGORIAS DE ANÁLISE E SUA RELAÇÃO COM OS PARTICIPANTES DA PESQUISA.....	164
QUADRO 8	- CATEGORIA E SUBCATEGORIAS RELACIONADAS AO CARGO DE LIGAÇÃO.....	165
QUADRO 9	- CATEGORIA E SUBCATEGORIAS RELACIONADAS ÀS ATIVIDADES DAS ENFERMEIRAS DE LIGAÇÃO NA ATENÇÃO HOSPITALAR.....	167
QUADRO 10	- CATEGORIAS E SUBCATEGORIAS RELACIONADAS AOS ELEMENTOS QUE DIFICULTAM E FACILITAM AS PRÁTICAS DAS ENFERMEIRAS DE LIGAÇÃO.....	173

LISTA DE TABELAS

TABELA 1	- DISTRIBUIÇÃO DAS ENFERMEIRAS DE LIGAÇÃO QUANTO À IDADE, SEXO, TEMPO DE EXERCÍCIO NA ENFERMAGEM, TEMPO COMO ENFERMEIRA DE LIGAÇÃO, NÚMERO DE DIAS TRABALHADOS NA SEMANA, NÚMERO DE HORAS TRABALHADAS POR DIA E ÚLTIMO DIPLOMA OBTIDO	71
TABELA 2	- DISTRIBUIÇÃO DOS CHEFES DAS ENFERMEIRAS DE LIGAÇÃO QUANTO À IDADE, SEXO, PROFISSÃO, TEMPO DE EXERCÍCIO NA PROFISSÃO, TEMPO COMO CHEFE DAS ENFERMEIRAS DE LIGAÇÃO E ÚLTIMO DIPLOMA OBTIDO	72

LISTA DE SIGLAS

ACP	-	Atenção Centrada no Paciente
APS	-	Atenção Primária em Saúde
BAC	-	Bacharelado
CAAE	-	Certificado de Apresentação para Apreciação Ética
CBF	-	Cuidado Baseado nas Forças
CEGEPs	-	Colégios de Ensino Geral e Profissional
CEP	-	Comitê de Ética em Pesquisa
CH	-	Centro Hospitalar
CHCLD	-	Centro de Hospedagem de Cuidados de Longa Duração
CHU	-	Centro Hospitalar Universitário de Québec
CHUM	-	Centro Hospitalar Universitário de Montreal
CISSS	-	Centros Integrados de Saúde e de Serviços Sociais
CIUSSS	-	Centros Integrados Universitários de Saúde e de Serviços Sociais
CLSC	-	Centro Local de Serviços Comunitários
CNS	-	Conselho Nacional de Saúde
COFEN	-	Conselho Federal de Enfermagem
COREN	-	Conselho Regional de Enfermagem
CPIJ	-	Centro de Proteção da Infância e da Juventude
CR	-	Centro de Readaptação
DCNT	-	Doenças Crônicas Não Transmissíveis
DEC	-	Diploma de Estudos Colegiais
DESS	-	Diploma de Estudos Superiores Especializados
GMF	-	Grupos de Medicina da Família
GPPGPS	-	Grupo de Pesquisas em Políticas, Gestão e Práticas em Saúde
HC/UFPR	-	Hospital de Clínicas da Universidade Federal do Paraná
L'ACFAS	-	<i>Congrès d'Association Canadienne-Française pour L'avancement des Sciences</i>
MS	-	Ministério da Saúde
OMS	-	Organização Mundial da Saúde
OPAS	-	Organização Pan-Americana de Saúde
PFLA	-	<i>Programme des Futurs Leaders dans les Amériques</i>

PPGENF	- Programa de Pós-Graduação em Enfermagem
PR	- Paraná
RAS	- Rede de Atenção à Saúde
RI	- Recurso Intermediário
RNCCI	- Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados
RTF	- Recurso Tipo Familiar
SIM	- Sistema Nacional de Mortalidade
SUS	- Sistema Único de Saúde
TCLE	- Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UFPR	- Universidade Federal do Paraná
UTIN	- Unidade de Terapia Intensiva Neonatal
WHO	- <i>World Health Organization</i>

SUMÁRIO

APRESENTAÇÃO.....	19
1 PROBLEMÁTICA.....	22
1.1 OBJETIVO GERAL.....	28
1.1.1 Objetivos específicos.....	28
2 REVISÃO DE LITERATURA.....	29
2.1 CONTINUIDADE DO CUIDADO: DEFINIÇÕES E MODELOS MULTIDIMENSIONAIS.....	29
2.1.1 Modelo de Bachrach.....	31
2.1.2 Modelo de Hennen.....	32
2.1.3 Modelo de Haggerty e colaboradores.....	32
2.1.4 Modelo de Freeman e colaboradores.....	34
2.2 CUIDADO TRANSICIONAL: ELEMENTO PARA A CONTINUIDADE DO CUIDADO.....	35
2.3 REDE DE ATENÇÃO EM SAÚDE NO BRASIL E A CONTINUIDADE DO CUIDADO.....	39
3 REFERENCIAL TEÓRICO.....	47
3.1 BREVE BIOGRAFIA DE GOTTLIEB.....	47
3.2 CUIDADO BASEADO NAS FORÇAS E SUAS ABORDAGENS.....	48
3.2.1 Cuidado centrado no paciente/pessoa/família/relacionamento.....	50
3.2.2 O movimento de empoderamento.....	51
3.2.3 Promoção da saúde, prevenção da doença e a cultura do autocuidado.....	51
3.2.4 Participação colaborativa.....	52
3.3 PRESSUPOSTOS, CRENÇAS E VALORES DO CBF.....	53
3.3.1 Saúde e cura.....	54
3.3.2 Singularidade.....	54
3.3.3 Holismo e indivisibilidade.....	54
3.3.4 Realidade objetiva, subjetiva e significado criado.....	55
3.3.5 Autodeterminação.....	55
3.3.6 A pessoa e o ambiente são integrais.....	56
3.3.7 Parceria colaborativa entre a enfermeira e o paciente.....	56
3.3.8 Aprendizado, disposição para aprender e momento oportuno.....	58
4. MÉTODO.....	59

4.1 ASPECTOS ÉTICOS.....	59
4.2 TIPO DE PESQUISA.....	59
4.3 CENÁRIO DA PESQUISA	60
4.4 PARTICIPANTES DA PESQUISA	63
4.5 COLETA DE DADOS.....	66
4.6 ANÁLISE DOS DADOS	68
5 RESULTADOS.....	71
5.1 CARACTERIZAÇÃO DAS ENFERMEIRAS DE LIGAÇÃO.....	71
5.2 CARACTERIZAÇÃO DOS CHEFES DAS ENFERMEIRAS DE LIGAÇÃO	72
5.3 QUADROS RESUMOS DAS CATEGORIAS E SUBCATEGORIAS.....	73
6 DISCUSSÃO	76
6.1 CARACTERIZAÇÃO DAS ENFERMEIRAS DE LIGAÇÃO.....	76
6.2 CARGO DE LIGAÇÃO: RECRUTAMENTO, ATRIBUTOS E DESAFIOS.....	77
6.2.1 Categoria: Recrutamento e seleção para o cargo de ligação.	77
6.2.2 Categoria: Atributos das enfermeiras para exercer o cargo de ligação.	78
6.2.3 Categoria: Aquisição dos conhecimentos para atuar no cargo de ligação	79
6.2.4 Categoria: Desafios na coordenação do cargo de ligação	81
6.3 COMPETÊNCIAS PARA ATUAR NO CARGO DE LIGAÇÃO E COMO ESSAS SÃO DESENVOLVIDAS.....	83
6.3.1 Categoria: Competências para atuar no cargo de ligação.....	83
6.3.2 Categoria: Desenvolvimento das competências pelas enfermeiras de ligação.	89
6.4 ATIVIDADES DESENVOLVIDAS PELAS ENFERMEIRAS DE LIGAÇÃO NA ATENÇÃO HOSPITALAR.....	90
6.4.1 Categoria: Identificação do paciente que necessita do serviço de ligação.	90
6.4.2 Categoria: Planejamento da alta hospitalar	93
6.4.3 Categoria: Transferência das informações entre o hospital e os demais serviços da rede	103
6.5 ELEMENTOS QUE DIFICULTAM E FACILITAM AS PRÁTICAS DAS ENFERMEIRAS DE LIGAÇÃO.....	105
6.5.1 Categoria : Elementos que dificultam as práticas das enfermeiras de ligação	106
6.5.2 Categoria: Elementos que facilitam as práticas das enfermeiras de ligação	112
7 CONSIDERAÇÕES FINAIS	117
REFERÊNCIAS	120

APÊNDICE 1 – QUESTIONÁRIO ENFERMEIRAS DE LIGAÇÃO	145
APÊNDICE 2 – ENTREVISTA-CHEFES DAS ENFERMEIRAS DE LIGAÇÃO	151
APÊNDICE 3 – TCLE CHUM	152
APÊNDICE 4 – TCLE CHU	158
APÊNDICE 5 – MATRIZ DE ANÁLISE	164
APÊNDICE 6 – QUADROS COM CATEGORIAS SUBCATEGORIAS DA PESQUISA	165
APÊNDICE 7 – AS CONTRIBUIÇÕES DAS ATIVIDADES DESENVOLVIDAS DURANTE O ESTÁGIO DE DOUTORADO NO EXTERIOR	175
ANEXO 1 – PARECERES DOS CÔMITES DE ÉTICA EM PESQUISA	178

APRESENTAÇÃO

No início da minha trajetória profissional, em 2005, trabalhei como enfermeira assistencial na área de obstetrícia, prestei assistência às parturientes, a recém-nascidos e ao binômio mãe e filho, em alojamento conjunto. Também atuei como palestrante em cursos para casais grávidos, especificamente relacionados ao parto e à amamentação. Em 2008, fui contratada por uma instituição hospitalar para atuar como enfermeira assistencial na Unidade de Terapia Intensiva Neonatal (UTIN).

A direção deste hospital estava redirecionando a prática assistencial de enfermagem por meio da implantação do cargo de enfermeira assistencial. Até 2008, o hospital contava com apenas 13 enfermeiras coordenadoras, que se concentravam em atividades burocráticas. Com a implantação do novo cargo, 36 enfermeiras assistenciais passaram a realizar a assistência direta e de maior complexidade aos pacientes. A minha escassa vivência clínica em UTIN, cerca de um ano, aliada à complexidade da unidade, me fizeram pensar sobre quais competências clínicas eram necessárias para a prática das enfermeiras assistenciais e como elas as desenvolviam. Motivada por esses questionamentos, desenvolvi a minha dissertação no curso de mestrado da Universidade Federal do Paraná (UFPR-PR), finalizado em 2013.

No ano seguinte, ingressei no curso de doutorado, na mesma Universidade, e, mais uma vez, ao refletir sobre minha trajetória profissional, optei por trabalhar com a prática da enfermeira. Nesse caso, acerca das práticas de enfermagem¹ que contribuem para a continuidade do cuidado², uma vez que, durante a minha trajetória profissional, tanto na área da obstetrícia quanto da neonatologia, o plano de cuidados de enfermagem, quase sempre, limitava-se ao período de internação dos pacientes.

Eram poucos os planos de cuidados que englobavam ações de enfermagem

¹Práticas de enfermagem: “A prática de enfermagem cobre uma grande quantidade de papéis, domínios e atividades. O papel é a função assumida pela enfermeira, modulada pelas normas da profissão, legislação que a regulamenta. Domínio é um conjunto de atividades que demandam conhecimentos específicos e *expertise*. Atividades são ações realizadas pela enfermeira para ajudar um paciente a passar de um estado de saúde para o outro, pautado nos resultados esperados. Idealmente qualquer descrição da prática deve ser apoiada por uma representação esquemática clara, da percepção do autor sobre a prática profissional” (POITRAS et al., 2016, p. 10).

² Continuidade do cuidado: O grau em que uma série de eventos é experimentado como coerente, conectado e de acordo com as necessidades do paciente (HAGGERTY et al., 2003).

com vistas à continuidade do cuidado após a alta hospitalar, como por exemplo, a entrega de orientações de alta a pacientes submetidos a certos procedimentos ginecológicos, a contrarreferência de prematuros que necessitavam de vacinas especiais e dos que nasciam com lábio leporino e/ou fenda palatina. A contrarreferência dos recém-nascidos era realizada por meio de contato telefônico entre a enfermeira assistencial do hospital e a enfermeira que atuava em determinados centros especializados. Para os demais pacientes, eram fornecidas orientações de alta pontuais e de forma verbal.

Logo, não havia uma prática sistematizada que contribuísse para a continuidade do cuidado. Assim, mulheres que acabavam de se tornar mães, muitas delas hipertensas, diabéticas, pós-cesarianas, outras com recém-nascidos prematuros, recebiam alta hospitalar sem serem identificadas e informadas quanto à necessidade da continuidade do cuidado pós-alta, ficando sob responsabilidade das próprias usuárias a decisão de quando, como e onde procurar por assistência.

Motivada por esta lacuna da minha trajetória profissional, ciente da necessidade de estratégias, no âmbito hospitalar, que viabilizem a continuidade do cuidado pós-alta hospitalar, e aliado aos conhecimentos adquiridos no mestrado, emergiu esta proposta de pesquisa que abarca as práticas das enfermeiras como uma estratégia para a continuidade do cuidado ao paciente.

Inicialmente, foi identificado onde estas práticas eram desenvolvidas. Assim, Canadá, Espanha e Portugal surgiram como importantes cenários a serem investigados. No Canadá e Espanha, as práticas para a continuidade do cuidado centram-se no papel da enfermeira de ligação e de enlace, respectivamente (BERNARDINO et al., 2010; JÓDAR-SOLÀ, 2005). Portugal dispõe da equipe de gestão de altas hospitalares, formada, no mínimo, por um médico, uma enfermeira e um assistente social e tem como principal objetivo gerir a alta do paciente, elaborada pela equipe assistencial (PORTUGAL, 2011) e, dentre os membros desta equipe estão às enfermeiras.

A partir dessas informações, foi elaborado um projeto multicêntrico acerca das práticas destas enfermeiras. Inicialmente, esta pesquisa contemplaria os três países, Canadá, Portugal e Espanha. Entretanto, fatores como: encontrar um pesquisador parceiro em cada local, realizar os trâmites éticos em cada país, traduzir o projeto para cada centro de pesquisa e cumprir o prazo de entrega desta

tese optou-se por desenvolvê-la apenas no Canadá, na província do Québec, nas cidades de Montréal e Québec. Para o desenvolvimento da pesquisa nos demais países, foi firmado a parceria com outras duas pesquisadoras.

Durante a realização do meu doutoramento, surgiu a oportunidade de me candidatar em um programa de estágio de pesquisa no Canadá, denominado: *Programme des Futurs Leaders dans Les Amériques (PFLA)*. A minha candidatura foi aplicada junto ao referido projeto de pesquisa e foi aprovada a estadia de cinco meses na cidade de Québec, na *Université Laval*. O relato desta experiência é apresentado no decorrer deste trabalho.

Destaca-se que a pesquisa multicêntrica, da qual esta tese é parte, foi inserida em um amplo projeto intitulado: Estratégias de integração em rede: contribuições do enfermeiro (BERNARDINO, 2014). Insere-se na linha de pesquisa de Gerenciamento de Ações e Serviços de Saúde e Enfermagem do Grupo de Pesquisas em Políticas, Gestão e Práticas em Saúde (GPPGPS) do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Paraná (PPGENF-UFPR-PR).

1 PROBLEMÁTICA

Desde meados de 1940, o Brasil passa por transformações na esfera política, social, econômica, tecnológica, entre outras. Todas essas mudanças vêm provocando a transição demográfica e epidemiológica, que implicam no aumento do número de pessoas com 60 anos ou mais e em alterações no padrão de adoecimento da população brasileira, o que se torna um desafio para a sociedade e os sistemas de saúde (ALBUQUERQUE; SILVA, 2015; GOULART, 2011; CAMPOS; BORGES, 2015).

A transição demográfica evidencia-se pela passagem de um regime com elevadas taxas de mortalidade e fecundidade/natalidade para outro regime em que ambas as taxas situam-se em níveis relativamente reduzidos, o que reflete no aumento da expectativa de vida e no envelhecimento da população brasileira. Em 2010, o número de brasileiros com 60 anos ou mais era 19,6 milhões e, segundo projeções estatísticas, deverá atingir 41,5 milhões, em 2030, e 73,5 milhões, em 2060 (BORGES; CAMPOS; SILVA, 2015).

A transição epidemiológica caracteriza-se pela redução das mortes por doenças infectocontagiosas e o aumento das mortes por doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) como: doenças cardiovasculares, câncer, diabetes e doenças respiratórias crônicas (ALBUQUERQUE; SILVA, 2015; GOULART, 2011; BRASIL 2011a). As DCNT são um dos principais desafios de saúde do século XXI, tanto em termos de sofrimento humano quanto de problemas que impactam na esfera socioeconômica dos países, principalmente daqueles de baixa e média renda. Sem ações baseadas em evidências, os custos humanos, sociais e econômicos das DCNT continuarão a progredir e dominar a capacidade dos países de combatê-las (WHO, 2014).

Estima-se que, em 2030, três quartos de todos os óbitos do mundo estarão relacionados às DCNT, superando doenças como: HIV/AIDS, malária, tuberculose, condições associadas ao período perinatal e problemas nutricionais (HOSEY et al., 2014). Segundo os dados do Sistema Nacional de Mortalidade (SIM) do Brasil, em 2013, as DCNT foram a causa de cerca de 72,6% das mortes (BRASIL, 2017). Além disso, convive-se com o acelerado aumento das chamadas causas externas ou

violentas, que abrangem os homicídios, suicídios, acidentes de trânsito, afogamentos e quedas acidentais (ALBUQUERQUE; SILVA, 2015).

No entanto, o Sistema Único de Saúde (SUS), como está estruturado, mostra-se atualmente mais preparado para o manejo clínico das condições agudas e da agudização das doenças crônicas do que para o real manejo das condições crônicas, já que isto é um processo complexo que demanda o desenvolvimento de práticas de autocuidado, abordagem de múltiplos profissionais e garantia da continuidade do cuidado, o que só é possível por meio de sistemas integrados (MENDES, 2011; LAVRAS, 2011).

A experiência de alguns países, como o Canadá, Espanha, demonstra a consolidação dos sistemas integrados de saúde (RAS) e Portugal, por meio da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (RNCCI³), as quais se apresentam como uma potente opção para diminuir a fragmentação do sistema de saúde e favorecer o acesso, a continuidade do cuidado, a integralidade da assistência⁴ e a racionalização dos recursos (SHIMIZU et al., 2013; PORTUGAL, 2014).

No Brasil, o Ministério da Saúde (MS) propôs inovar o processo de organização do sistema, redirecionando suas ações e serviços também por meio da implementação da RAS (BRASIL, 2010). Além disso, o Decreto nº 7.508, de 28 de junho de 2011, que regulamenta a Lei nº 8.080, abarca novamente a discussão do aperfeiçoamento da RAS nas regiões de saúde e, assim, assenta o desafio da construção da rede para além da perspectiva da organização dos serviços (SHIMIZU et al., 2013).

A RAS corresponde a uma rede integrada poliárquica de pontos de atenção à saúde que oferecem assistência contínua nos níveis primário, secundário e terciário; e atenção integral com intervenções promocionais, preventivas, curativas, cuidadoras, reabilitadoras e paliativas a uma determinada população, com comunicação fluída entre os distintos níveis de atenção à saúde (BRASIL, 2011b),

³ RNCCI: É voltada às pessoas em situação de dependência que necessitam de cuidados continuados de saúde e de apoio social, de origem preventiva, reabilitadora, ou paliativa (PORTUGAL, 2014).

⁴ De acordo com a Lei 8080/1990 a integralidade da assistência compreende um dos princípios do SUS e é definida como “conjunto articulado e contínuo das ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, exigidos para cada caso em todos os níveis de complexidade do sistema”. (BRASIL, 1990, não p.). Deste modo, a integralidade envolve a continuidade do atendimento, quando necessário, em diferentes níveis de atenção: a atenção primária à saúde, a atenção ambulatorial especializada e a atenção hospitalar (PAIM, 2014).

funcionam como arranjos organizativos que possibilitam a continuidade do cuidado ao paciente (SHIMIZU et al., 2013).

Diante disso, destaca-se o hospital e o seu importante desafio, sob a ótica do SUS; o redirecionamento do modo de pensar e fazer saúde, principalmente em relação à dicotomia cura/prevenção. O hospital não pode ser visto como um local destinado para a cura, mas sim, como coadjuvante para as transformações nas condições de vida da população, o que pode ser assegurado por meio do mecanismo de referência/contrarreferência⁵ e da articulação entre os serviços (BONFADA et al., 2012).

A alta hospitalar pode ser um momento privilegiado para promover a continuidade do cuidado na Atenção Primária em Saúde (APS), ao invés de simplesmente lhe fornecer uma contrarreferência sem compromisso, de modo burocrático. O tempo da internação pode ser útil para apoiar o paciente na conquista de uma maior autonomia e na reconstrução de seu modo de andar a vida. O profissional da APS pode participar desse acompanhamento, colaborando na condução terapêutica no âmbito hospitalar, construindo fortes ligações entre as equipes de diferentes serviços (MALTA; MERY, 2010).

Sustenta-se que, no âmbito hospitalar, apenas a contrarreferência não é capaz de viabilizar a continuidade do cuidado, sendo fundamental aliar esta à alta responsável que significa a transferência do cuidado que acontece por meio da orientação aos pacientes e familiares acerca da continuidade do tratamento, com vista a reforçar a autonomia do paciente, proporcionar o autocuidado e a articulação com os demais serviços da RAS, em particular a APS (BRASIL, 2013a).

Há diversas estratégias que podem ser adotadas pelos hospitais para contribuir para a continuidade do cuidado após a alta hospitalar do paciente, como: planejamento de alta hospitalar; prontuário eletrônico com acesso pelos profissionais do hospital e da comunidade, plano de cuidados impresso, resumo de alta eletrônico, coordenação da transição do paciente pelo farmacêutico, reconciliação medicamentosa, envolvimento do hospital e da comunidade para o acompanhamento do paciente, envio do resumo de alta por e-mail, implantação de

⁵ O mecanismo de referência e contrarreferência é um modo de organização dos serviços configurados em redes sustentadas por critérios, fluxos e mecanismos de pactuação de funcionamento. No entendimento de rede, é necessário reafirmar a perspectiva de seu desenho lógico, que prevê a hierarquização dos níveis de complexidade, proporcionando encaminhamentos resolutivos (BRASIL, 2006).

programas que auxiliam na transição do paciente, enfermeira de ligação (SOUSA; FRADE; MENDONÇA, 2005; CIETO, 2014; HESSELINK et al., 2012; COLEMAN et al., 2006; BERNARDINO et al., 2010; RODRIGUEZ et al., 2007).

Dentre estas estratégias, destacam-se as práticas da enfermeira de ligação, objeto de estudo desta tese. A enfermeira de ligação surgiu em Montréal, no Canadá, nos anos 1960, como uma extensão dos serviços hospitalares e a finalidade de diminuir o tempo de internação dos pacientes (POULIN apud BERNARDINO et al., 2010). No contexto Espanhol, a enfermeira de ligação é compreendida como a profissional que trabalha para que o paciente/família alcance os objetivos terapêuticos previstos na sua trajetória clínica, identificando e mobilizando os recursos necessários e facilitando a intervenção dos diferentes profissionais e serviços para o alcance dos melhores resultados (RODRIGUEZ et al., 2007).

As profissionais enfermeiras são reconhecidas como gerentes do cuidado, são valiosas componentes da equipe de cuidados de saúde e são fundamentais para garantir o sucesso da transferência do cuidado. Isso porque elas estão envolvidas na avaliação e monitoramento de pacientes, auxiliam no desenvolvimento de planos de cuidados, realizam a reconciliação de medicamentos e educam os pacientes sobre a aderência à medicação e as necessidades de autocuidado (FUJI; ABBOTT; NORRIS, 2012).

Pacientes e familiares confiam nas enfermeiras, compartilham as mais íntimas informações sobre eles e suas vidas. Particularmente, quando se sentem vulneráveis e incertos são propensos a serem mais abertos e divulgar mais informações. Desse modo, as enfermeiras conhecem as pessoas e sua família como um todo (GOTTLIEB, 2013).

As enfermeiras atuam tanto na assistência direta ao paciente quanto no planejamento, liderança e avaliação da produção ao cuidado (SANTOS et al., 2013). Atuam como coordenadoras dos profissionais, mediadoras das relações entre a equipe de enfermagem, e também entre equipes de saúde e as gerências da organização hospitalar. São importantes agentes sociais para unir a equipe de enfermagem em favor do cuidado (JACONDINO et al., 2014).

Vislumbra-se que, sem a adoção de uma estratégia que viabilize a continuidade do cuidado ao paciente após a alta hospitalar, o paciente pode se

perder na malha assistencial, pois muitas vezes desconhece a qual serviço ou profissional poderá recorrer. Os déficits no mecanismo de contrarreferência e de articulação entre os serviços deixam os usuários e familiares desamparados e inseguros, o que, pode fazer com que busquem serviços que não condizem com as suas necessidades, como os serviços de urgência e emergência ou realizem cuidados sem a orientação de um profissional.

No contexto brasileiro, os estudos demonstraram a fragilidade quanto à articulação entre o hospital e a APS no momento da alta hospitalar, ineficiência ou ausência da contrarreferência para pacientes com diferentes problemas de saúde, dificuldade de atuação inter-setorial, incipiente e ineficaz planejamento da alta hospitalar, dificuldade de acesso às informações pela APS acerca dos cuidados prestados aos pacientes em outro nível da atenção, não inserção do familiar durante a assistência ao paciente cirúrgico, dificultando a continuidade do cuidado no domicílio, fragilidade na captação/identificação dos pacientes que necessitam continuar o tratamento na APS, alto índice de reinternação de pacientes com doenças crônicas (MARTINS et al., 2015; SILVA; RAMOS, 2011; NÓBREGA et al., 2015; GRITTI et al., 2015; CUNHA et al., 2016; DUBOW et al., 2014; AIRES et al., 2017; PROTASIO et al., 2014; PEREIRA; MACHADO, 2016; BRITO; OLIVEIRA; SILVA, 2012; FREITAS; MOREIRA; BRITO, 2014; DUARTE et al., 2015), dados que justificam a realização desta pesquisa.

No Brasil, devido à necessidade de avançar nas estratégias que possibilitem a continuidade do cuidado foram desenvolvidos dois estudos, centrados no cargo da enfermeira de ligação, para avaliar a possibilidade da implantação deste cargo no Hospital de Clínicas da Universidade Federal do Paraná (HC/UFPR), ambos apontaram elementos significativos para afirmar que a implantação do referido cargo é um importante passo para consolidar a articulação do hospital à RAS (BERNARDINO et al., 2010; RIBAS, 2016).

A busca por estratégias que fortaleçam o sistema de referência e contrarreferência e articulação entre os serviços é primordial. Todavia, é claro que as experiências para viabilizar este modelo técnico-assistencial ainda são pontuais e frágeis, o que não possibilita generalizações, mesmo no âmbito de políticas públicas municipais (FRATINI; SAUPE; MASSAROLI, 2008). Países como o Canadá e Espanha optaram pela instituição de um cargo para a enfermeira que atua na

contrarreferência do paciente e como articuladora entre os serviços (BERNARDINO et al., 2010; RODRIGUEZ et al., 2007). Portugal por uma função para tais atividades (PORTUGAL, 2011), a fim de favorecer a continuidade do cuidado ao paciente.

O conhecimento brasileiro em enfermagem acerca do planejamento de alta, uma ferramenta que favorece a continuidade do cuidado, pouco se desenvolveu. Embora seja uma estratégia recomendada pelo SUS e pela Organização Mundial da Saúde (OMS), o que se mostra como uma questão que ainda precisa ser discutida e realizada, para passar de uma meta para algo concreto (PAIVA; VALADARES, 2013; GANZELLA; ZAGO, 2008). Portanto, acredita-se ser fundamental o desenvolvimento das competências das enfermeiras com vistas ao processo de alta em diferentes cursos: graduação, educação continuada/permanente e outros (GANZELLA; ZAGO, 2008).

Considerando que: a) a continuidade dos cuidados só é sustentada se for sistematizada e institucionalizada b) só acontece por meio de ações integradoras mediadas por profissionais da saúde c) apenas é assegurada se coordenada por enfermeiras cujas práticas são centradas na pessoa, em suas necessidades e seus recursos c) no Brasil, há poucas estratégias voltadas à continuidade do cuidado, sendo imprescindível a busca destas em um país que já tenha esta experiência. Assim, elenca-se a seguinte questão norteadora: Quais são as práticas desenvolvidas pelas enfermeiras de ligação para a continuidade do cuidado?

Destaca-se que o objeto de estudo desta tese são as práticas da enfermeira de ligação que atuam na contrarreferência⁶ dos pacientes e defende-se a tese de que a busca de práticas de enfermagem consolidadas para a continuidade do cuidado pode oferecer subsídios na implantação destas em outros cenários, como no Brasil, para minimizar a descontinuidade do cuidado com vistas na melhoria da qualidade dos cuidados oferecidos, na segurança e na satisfação dos pacientes.

O referencial teórico que sustenta a análise dos dados desta pesquisa é o Cuidado Baseado nas Forças (CBF)⁷; foi escolhido porque aborda a pessoa como um todo dentro do seu contexto de vida, foca nas habilidades, nas competências e nos recursos que a pessoa possui para enfrentar os desafios em saúde ao invés de

⁶ A enfermeira de ligação pode atuar tanto na referência quanto na contrarreferência do paciente (BEAUDELLOT, 2013), porém, nesta pesquisa, o foco central é a enfermeira de ligação que atua na contrarreferência.

⁷ Traduzido do inglês: Strengths-Based-Care.

voltar apenas aos problemas das pessoas como no modelo biomédico. Para tanto, as enfermeiras devem possuir conhecimentos, valores e respeito pelas pessoas e seus familiares (GOTTLIEB, 2013). Isto retorna às enfermeiras, para as raízes do cuidado, focando na singularidade de cada pessoa.

1.1 OBJETIVO GERAL

Descrever as práticas das enfermeiras de ligação para a continuidade do cuidado ao paciente.

1.1.1 Objetivos específicos

- Identificar como as enfermeiras são inseridas no cargo de ligação;
- Caracterizar as principais competências para o cargo de ligação e como essas são desenvolvidas;
- Identificar os desafios na coordenação do cargo de ligação;
- Descrever as atividades desenvolvidas pelas enfermeiras de ligação na atenção hospitalar;
- Identificar os elementos que facilitam e dificultam as práticas das enfermeiras de ligação.

2 REVISÃO DE LITERATURA

Neste capítulo, apresenta-se a revisão de literatura que está dividida em três subcapítulos, sendo eles: 3.1 Continuidade do cuidado: definições e modelos multidimensionais; 3.2 Cuidado transicional: elemento para a continuidade do cuidado; 3.3 Redes de Atenção em Saúde no Brasil e a Continuidade do Cuidado.

2.1 CONTINUIDADE DO CUIDADO: DEFINIÇÕES E MODELOS MULTIDIMENSIONAIS

Continuidade do cuidado pode ser definida como a relação interpessoal entre o paciente e seu médico (WALL, 1981) e, ainda, o processo pelo qual, médico e paciente, cooperativamente, trabalham para atingir os objetivos da assistência médica com qualidade e com o melhor custo-benefício (AMERICAN ACADEMY OF FAMILY PHYSICIANS, 2017). Nesta última definição, a continuidade do cuidado vai além dos aspectos interpessoais, envolve as questões de qualidade e de custo-benefício o que é muito importante, porque sem estes elementos a continuidade do cuidado não tem valor (GULLIFORD; NAITHANI; MORGAN, 2006).

Continuidade do cuidado também pode ser definida como uma modalidade na qual os serviços de assistência médica são recebidos de modo coordenado, progressivo e ininterrupto de acordo com as necessidades do paciente. Desse modo, a continuidade do cuidado é definida em termos nos quais ela pode ser operacionalizada pelos formuladores de políticas, administradores e pesquisadores da área da saúde. Características como o tempo entre a primeira e subsequente consulta do paciente, duplicidade de ações como, por exemplo, no pedido de exames, apropriado acompanhamento do paciente de acordo com diretrizes permeiam a continuidade do cuidado (SHORTELL, 1976).

A definição de continuidade do cuidado de Shortell aplica-se a pacientes que experienciam um único episódio de cuidado ou múltiplos ao longo do tempo (SHORTELL, 1976). No entanto, o foco volta-se para o grau de coordenação e consistência entre os diferentes serviços e os diferentes profissionais da equipe de saúde (GULLIFORD; NAITHANI; MORGAN, 2006). Para Freeman, Olesena e

Hjortdahl (2003) continuidade do cuidado é a experiência do cuidado coordenado e progressivo, sob o ponto de vista do paciente.

Nesta mesma linha de pensamento, Haggerty et al. (2003) definem continuidade do cuidado como o grau em que uma série de eventos é experimentado como coerente, conectado e de acordo com as necessidades do paciente. Neste sentido, a continuidade é resultado da coordenação do cuidado⁸ e da integração dos serviços, na perspectiva do paciente. Verifica-se que a definição proposta por Haggerty é amplamente utilizada na literatura que aborda a continuidade do cuidado (EASLEY et al., 2016; BAIRD et al., 2016; POURAT et al., 2015; ZANELLO et al., 2015; LIN et al., 2015; BENTLER et al., 2015; HOLLANDER; KADLEC, 2015; JENSEN et al., 2014; PRICE; LAU, 2013; ALLER et al., 2013, JONGE et al., 2013; DAHLBERG; AUNE, 2013).

Para Haggerty et al. (2003), dois elementos diferenciam a continuidade do cuidado de outros atributos do cuidado em saúde; o cuidado individual a um paciente e os cuidados prestados ao longo do tempo. Quanto a este último elemento, os autores acreditam ser uma parte intrínseca da continuidade, a qual pode ser um período curto, como uma única internação hospitalar, ou longa, como acontece no acompanhamento de pacientes pelas unidades de cuidados primários. Para que a continuidade do cuidado exista, os dois referidos elementos devem estar presentes.

Reid, Haggerty e Mckendry (2002) acrescentam que a continuidade do cuidado é o resultado da combinação de diversos elementos tais como: acesso adequado para prover o cuidado ao paciente, boas habilidades interpessoais, fluidas informações entre os profissionais e as organizações e boa coordenação dos cuidados.

A experiência da continuidade do cuidado é diferente para pacientes e profissionais. Assim, para os pacientes, é a experiência do cuidado conectado ao longo do tempo e, para o profissional, é a experiência de ter informações suficientes e conhecimentos sobre o paciente para melhor aplicar suas competências

⁸ Coordenação do cuidado refere-se especificamente à interação entre os profissionais que prestam a assistência - e, portanto, não é estritamente continuidade - deve resultar na "continuidade da gestão" do paciente, o que significa que o cuidado recebido de diferentes profissionais está conectado de forma coerente (REID; HAGGERTY; MCKENDRY, 2002).

profissionais e, ainda, a confiança de que seus cuidados são reconhecidos e seguidos por outros profissionais (REID; HAGGERTY; McKENDRY, 2002).

As definições de continuidade do cuidado foram historicamente dominadas pelo paradigma profissional, que prioriza a visão dos profissionais da saúde. Posteriormente, surgiu o paradigma perspectivista que enfatiza a experiência e a visão dos pacientes. Profissionais e pacientes tendem a priorizar diferentes aspectos da continuidade do cuidado, assim profissionais focam-se nos sistemas de informática, continuidade informacional, na carga de trabalho; enquanto os pacientes centram-se no acesso aos serviços e suporte oferecido (WEAVER; COFFER; HEWITT, 2017).

Destaca-se que a continuidade do cuidado também se relaciona com a dimensão da qualidade da assistência, o que o Instituto de Medicina descreve como cuidado centrado no paciente (GULLIFORD; NAITHANI; MORGAN, 2006) e remete o fornecimento de cuidados respeitosos, de acordo com as preferências, às necessidades e aos valores do paciente e, ainda, que as decisões clínicas sejam orientadas por estes valores (FRAMPTON; GUASTELLO; LEPORE, 2013).

Além das definições de continuidade do cuidado, há os modelos multidimensionais que abordam as diferentes dimensões ou tipos de continuidade e podem melhor esclarecer acerca da continuidade do cuidado. Na sequência, aborda-se quatro modelos multidimensionais.

2.1.1 Modelo de Bachrach

Este modelo foi desenvolvido para pacientes mentais crônicos, pois, para o autor, a continuidade do cuidado em pacientes psiquiátricos se distingue das demais especialidades e compreende sete dimensões (BACHRACH, 1981)

A dimensão individual abarca o planejamento dos cuidados ao paciente que deve ser realizado conforme as necessidades deste. A dimensão relacional envolve o contínuo relacionamento entre o profissional e o paciente. A dimensão comunicacional diz respeito à comunicação do profissional tanto com o paciente quanto com os demais profissionais. A dimensão longitudinal corresponde à movimentação ordenada do paciente entre os diferentes serviços de saúde. A dimensão transversal remete à disponibilidade de uma gama de serviços ao

paciente. A flexibilidade corresponde à capacidade do paciente movimentar-se entre um serviço e outro e a acessibilidade diz respeito à facilidade de acesso ao serviço (BACHRACH 1981 apud UIJEN et al., 2012).

2.1.2 Modelo de Hennen

Este modelo abarca quatro dimensões da continuidade do cuidado. A continuidade cronológica que leva em conta as mudanças na vida do paciente ao longo do tempo. A continuidade geográfica que considera a diversidade de locais onde o cuidado pode ser prestado, como: hospitais; domicílio; instituições de reabilitação; consultório médico; centros de saúde; entre outros. A continuidade interdisciplinar que se refere à capacidade do médico generalista em lidar com patologias de diferentes naturezas. A continuidade interpessoal que diz respeito à conquista da confiança do paciente, de seus familiares e amigos do paciente (HENNEN, 1981).

2.1.3 Modelo de Haggerty e colaboradores

Este modelo inclui três tipos de continuidade sendo elas: continuidade informacional; continuidade da gestão e continuidade relacional, as quais estão inter-relacionadas e variam de grau de importância dependendo da situação e do conjunto dos profissionais que prestam o cuidado (REID; HAGGERTY; McKENDRY, 2002).

A continuidade informacional é a “linha” que conecta o cuidado de um profissional para outro e de um episódio de cuidado para outro. As informações referem-se ao acesso às informações prévias do paciente como: condições clínicas; recomendações realizadas; resultados laboratoriais; visitas; dados relacionados aos cuidados informais; valores; crenças e preferências do paciente (HAGGERTY et al., 2003).

A continuidade da gestão refere-se à prestação de diferentes cuidados em saúde que se complementam entre si, sem que haja duplicação ou atrasos na assistência. A continuidade da gestão centra-se em um problema particular (REID; HAGGERTY; McKENDRY, 2002) e, em geral, envolve doenças crônicas ou aquelas

cl clinicamente complexas que necessitam de vários provedores de saúde para a condução do caso. Nesse sentido, a continuidade somente é alcançada quando os serviços trabalham de forma complementar e, em tempo oportuno, o que pode ser possível por meio de protocolos e planos de gestão (HAGGERTY et al., 2003).

A transição do paciente de um local para o outro é um ponto de ruptura comum na continuidade da gestão. Assim, a realização de um planejamento de alta realizado pela equipe assistencial é extremamente importante. Dentre os profissionais da equipe de saúde, a enfermeira de ligação tem sido a responsável pelo desenvolvimento deste planejamento, devido ao seu maior conhecimento acerca dos cuidados não hospitalares e do processo de integração entre diferentes cenários de saúde (REID; HAGGERTY; McKENDRY, 2002).

A continuidade relacional abarca uma progressiva relação terapêutica entre o usuário e o profissional ao longo do tempo, o que é mais valorizado na APS e na saúde mental. Entretanto, mesmo em locais onde se tem uma baixa expectativa de continuidade relacional esta é promovida por um profissional-chave da equipe de saúde (HAGGERTY et al., 2003). Este tipo de continuidade incentiva a continuidade informacional, gera vantagens, como a confiança, compreensão mútua, sensação de responsabilidade do profissional para com o paciente (REID; HAGGERTY; McKENDRY, 2002).

2.1.4 Modelo de Freeman e colaboradores

O modelo de Freeman abarca três proposições, sendo elas: 1- deve-se considerar a experiência do paciente e do cuidador acerca da continuidade do cuidado; 2 - O conceito de continuidade do cuidado é multidimensional; 3- Tanto o processo quanto os resultados da continuidade dos cuidados são importantes (HEATON; CORDEN; PARKER, 2012).

Por tratar-se de um fenômeno experimentado individualmente, diferentes pacientes podem apresentar múltiplos pontos de vista sobre o que é a continuidade e estes pontos pode evoluir à medida que a sua vida segue (FREEMAN et al., 2007). Entretanto, o alcance de uma boa continuidade, sob a perspectiva do paciente e dos cuidadores está diretamente relacionada ao bom desempenho dos serviços e às dimensões que esses consideram importantes (HEATON; CORDEN; PARKER, 2012).

Neste modelo, os autores defendem que é essencial considerar a perspectiva do paciente e do cuidador sobre o processo e os resultados da continuidade do cuidado, o que inclui a análise das consequências da continuidade do cuidado ou da sua falta sobre os resultados em saúde e, ainda, a satisfação do paciente e do cuidador com o processo de cuidado (HEATON; CORDEN; PARKER, 2012).

Este modelo inclui cinco tipos de continuidade. A continuidade informacional, que se refere à transferência das informações acerca do paciente. A continuidade sem fronteiras e de equipe, que remete à efetiva comunicação entre diferentes serviços, profissional e paciente. A continuidade flexível, que consiste na adaptação em função das necessidades dos pacientes ao longo do tempo. A continuidade longitudinal que se refere ao cuidado pelo menor de número de profissionais quanto possível. A continuidade relacional ou interpessoal que abarca a designação de um ou mais profissionais que estabelecem e mantem uma relação terapêutica com o paciente (FREEMAN et al., 2007).

O Quadro 1 resume as principais definições de continuidade do cuidado e os diferentes tipos de continuidade do cuidado.

QUADRO 1- QUADRO RESUMO: DEFINIÇÕES E TIPOS DE CONTINUIDADE DO CUIDADO

Autor	Definições	Tipos de continuidade
Wall (1981).	A relação interpessoal entre o paciente e seu médico.	-
Shortell (1976).	Uma modalidade na qual os serviços de assistência médica são recebidos de modo coordenado, progressivo e ininterrupto de acordo com as necessidades do paciente.	-
Hennen (1981).	-	- Cronológica - Geográfica - Interdisciplinar - Interpersonal
American Academy of Family Physicians (2017).	O processo pelo qual, médico e paciente, cooperativamente, trabalham para atingir os objetivos da assistência médica com qualidade e com o melhor custo-benefício.	-
Freeman, Olesena e Hjortdahl (2003).	É a experiência do cuidado coordenado e progressivo, sob o ponto de vista do paciente.	- Informacional - Sem fronteiras e de equipe - Flexível - Longitudinal -Relacional ou interpessoal
Haggerty et al.(2003).	O grau em que uma série de eventos é experimentado como coerente, conectado e de acordo com as necessidades do paciente.	- Informacional - Gestão - Relacional

FONTE: Organizado pelo autor (2017).

Destaca-se que, nesta pesquisa, adotam-se as ideias de continuidade do cuidado de Haggerty et al. (2003) e Reid, Haggerty e Mckendry (2002), por entender que há diferentes tipos de continuidade do cuidado, e esta é o produto de um conjunto de ações sistematizadas pelos serviços de saúde e desenvolvida e coordenada pelos profissionais para que os pacientes vivenciem um cuidado conectado e de acordo com as suas necessidades.

2.2 CUIDADO TRANSICIONAL: ELEMENTO PARA A CONTINUIDADE DO CUIDADO

Os pacientes são vulneráveis às experiências de descontinuidade do cuidado, quando há alterações de saúde ou quando transitam entre diferentes serviços (MENDES, 2017; REID; HAGGERTY; McKENDRY, 2002) principalmente devido à fragmentação do sistema de saúde (ROCHESTER-EYEGUOKAN et al., 2016). Quanto maior for a vulnerabilidade e a dependência social de uma pessoa maior será sua dependência de continuidade do cuidado. Todavia, isto pode variar em

virtude de fatores como idade, problemas de saúde, contexto e preferências pessoais, assim, generalizações não podem ser feitas (CORNWELL et al., 2012).

As transições podem ocorrer entre diferentes serviços de saúde, como por exemplo, do hospital para a casa ou para algum ambulatório especializado ou para um serviço de *home care* ou no âmbito intra-hospitalar, com da sala cirúrgica para a Unidade de Terapia Intensiva (UTI) ou da unidade clínica para a UTI (COLEMAN; BOULT, 2003).

Cuidado transicional é definido como um conjunto de ações destinadas a assegurar a coordenação e a continuidade do cuidado a pacientes transferidos entre diferentes serviços ou entre distintos níveis de atenção à saúde (COLEMAN; BOULT, 2003, 556). Trata-se do intervalo de tempo que começa com a preparação do paciente para a alta hospitalar e termina quando ele é admitido no próximo serviço (PARRY et al., 2008).

Pessoas cujas condições demandam cuidados contínuos frequentemente requerem cuidados de diferentes profissionais que atuam em diversos serviços, porém os profissionais trabalham independente em cada local sem conhecimento prévio dos problemas, das medicações prescritas, dos serviços oferecidos e das preferências dos pacientes (INSTITUTE OF MEDICINE, 2001 apud COLEMAN; BOULT, 2003).

Burke et al. (2013), em sua ampla revisão de literatura, apontam diversos componentes para um ideal cuidado transicional. Estes elementos foram organizados em dez domínios, sendo eles: planejamento de alta; comunicação; organização; clareza e disponibilidade da informação em tempo hábil; segurança da medicação; educação do paciente; promoção do autogerenciamento; suporte social; planejamento antecipado de cuidados; coordenação de cuidados entre os membros da equipe de saúde; monitoramento e gerenciamento de sintomas após a alta e acompanhamento ambulatorial.

Todos estes domínios suportam uma “ponte”, a qual representa a transição do paciente de um serviço para outro (FIGURA 1). Os domínios que ocorrem principalmente antes da alta hospitalar estão mais próximos do “lado hospitalar” da ponte, os que acontecem, sobretudo, após a alta, estão mais perto do “lado da comunidade”, e os que ocorrem antes e depois da alta hospitalar estão

localizados no meio da ponte. A falta de um ou mais domínios pode enfraquecer a “ponte” e trazer prejuízos ao paciente (BURKE et al., 2013).

FIGURA 1 - OS DEZ DOMÍNIOS PARA UM IDEAL CUIDADO TRANSICIONAL



FONTE: Adaptado de BURKE et al. (2013).

Naylor et al. (1999) defende a ideia da inserção de uma enfermeira de prática avançada⁹ para realizar o planejamento de alta e seguir com intervenções no domicílio do paciente, tais como: visitas e telefonemas. Esta intervenção aplicada em idosos com risco de reinternação hospitalar demonstrou aumentar o tempo entre a alta e a próxima reinternação do paciente e, ainda, a diminuição dos custos para serviços.

Coleman et al. (2006), a fim de solucionar potenciais ameaças à qualidade e segurança dos pacientes idosos durante a transferência de um serviço para o outro, desenvolveu um modelo que tem como principal meta incentivar o paciente a participar ativamente nas suas transições. Essa foi construída sobre quatro domínios conceituais, sendo eles: (1) assistência à autogestão da medicação; (2) registro

⁹“Enfermeira de prática avançada é definida como “a enfermeira que tenha adquirido os fundamentos de conhecimento especializado, habilidades de tomadas de decisão complexas e competências clínicas para a prática expandida, cujas características são determinadas pelo contexto do país em que está autorizada a exercer. Um mestrado é recomendado para iniciantes”. (INTERNATIONAL COUNCIL OF NURSES, 2008, não p.).

peçoal de saúde; transportado pelo próprio paciente para facilitar a transferência de informações entre os diferentes ambientes de saúde; (3) acompanhamento oportuno com a atenção primária ou especialidade e (4) uma lista de "bandeiras vermelhas" que indicam o agravamento de uma condição, bem como as instruções de como responder a estas (COLEMAN et al., 2006).

Os quatro pilares são operacionalizados por meio do registro pessoal de saúde centrado no paciente e por visitas e chamadas telefônicas realizadas por um treinador de transição. Em geral, esse treinador é uma enfermeira de prática avançada que possui competência em reconciliação medicamentosa¹⁰, experiência em auxiliar os pacientes a expressar as suas necessidades aos diferentes profissionais de saúde e, principalmente, encorajar o paciente a ser o mais independente possível (COLEMAN et al., 2006).

O registro pessoal de saúde é um documento composto de um conjunto de dados fundamentais para continuidade do cuidado em diferentes contextos de saúde. Os dados incluem: uma lista de problemas ativos, os medicamentos em uso, as alergias, uma lista de bandeiras vermelhas ou sinais e sintomas de aviso que correspondem às doenças crônicas do paciente e também um espaço onde o paciente pode registrar as suas dúvidas, preocupações e compartilhar com a equipe de saúde nos próximos encontros (COLEMAN et al., 2006).

Ações utilizadas com sucesso, para melhorar a transição do paciente entre os serviços e diminuir as reinternações evitáveis englobam diversos elementos como: a incorporação de um excelente plano de alta; melhoria da comunicação entre profissionais e pacientes; reconciliação medicamentosa, gestão do paciente, quando este retorna ao domicílio; educação do paciente e do cuidador; oportuno acompanhamento na comunidade pela atenção primária (ENHANCING THE CONTINUUM OF CARE, 2010).

A *Registered Nurses' Association of Ontario* (2014) inclui: o cuidado centrado no paciente; relação terapêutica entre profissionais e pacientes; informação acerca

¹⁰ A reconciliação medicamentosa é descrita como um processo para obtenção de uma lista completa, precisa e atualizada dos medicamentos que cada paciente utiliza (incluindo nome, dosagem, frequência e via de administração), comparada com as prescrições médicas feitas na admissão, transferência, consultas ambulatoriais e alta hospitalar. Essa lista é usada para aperfeiçoar a utilização dos medicamentos, em todos os pontos de transição e tem como principal objetivo diminuir a ocorrência de erros de medicação, quando o paciente muda de nível de assistência à saúde (ANACLETO et al., 2010 apud LINDENMEYER; GOULART; HEGELE, 2013).

da tomada de decisões; princípios éticos; privacidade e confidencialidade das informações de saúde do paciente; colaboração interprofissional; liderança; sistema integrado e melhoria contínua da qualidade.

2.3 REDE DE ATENÇÃO EM SAÚDE NO BRASIL E A CONTINUIDADE DO CUIDADO

A mudança no paradigma do sistema de saúde brasileiro, por meio da construção de redes, é uma resposta à fragmentação do sistema, a mudança do perfil demográfico e epidemiológico da população e a necessidade de fortalecer a atenção básica como coordenadora do cuidado; fazendo com que essa seja capaz de assegurar o cuidado contínuo ao usuário pelo estabelecimento de vínculos com a população e os demais serviços (BRASIL, 2013b).

No Brasil, a organização do sistema de saúde sob a forma de RAS tem sido discutida desde o final da década de 90 (BRASIL, 2012a). Entretanto, a discussão sobre a necessidade de maior integração entre os serviços adquiriu nova frente a partir do Pacto pela Saúde, que abarca o acordo estabelecido entre os gestores do SUS e observa a relevância de aprofundar o processo de regionalização e de organização desse sistema, sob a forma de RAS, como estratégia indispensáveis para concretizar os princípios de integralidade, universalidade e equidade (BRASIL, 2010).

Cabe salientar que o pioneiro da organização do sistema de saúde sob a forma de RAS foi o Reino Unido, em meados da década de 1920, o qual partiu do entendimento de que “os serviços deveriam ser acessíveis a toda população e oferecer cuidados preventivos e curativos, tanto no âmbito do cuidado domiciliar quanto nos pontos de atenção secundários, fortemente vinculados aos hospitais” (BRASIL, 2012a, p.7). Em 1978, com a reunião de Alma-Ata¹¹, fomentaram-se discussões sobre organizações do sistema de saúde sob a forma de RAS para todo o mundo (BRASIL, 2012a). Nos anos 1990, as discussões foram nos Estados Unidos, depois avançaram para a Europa Ocidental, para o Canadá até alcançarem, mais tarde, alguns países em desenvolvimento (MENDES, 2011; BRASIL, 2012).

¹¹ Conferência internacional sobre os cuidados primários em saúde ocorrida em 12 de setembro de 1978 com o objetivo de expressar a necessidade de ações urgentes para proteger e promover a saúde de todos os povos do mundo (DECLARAÇÃO DE ALMA ATA, 1978).

Em consonância com a Portaria com nº 4.279, de 30 de dezembro de 2010, a RAS é definida como: “arranjos organizativos de ações e serviços de saúde, de diferentes densidades tecnológicas que, integradas por meio de sistemas de apoio técnico, logístico e de gestão, buscam garantir a integralidade do cuidado”. (BRASIL, 2010). Para a Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS) a RAS é uma “rede de organizações que provê, ou faz arranjos para prover, serviços de saúde equitativos e integrais a uma população definida e que está disposta a prestar contas por seus resultados clínicos e econômicos e pelo estado de saúde da população a que serve”. (OPAS, 2010, p.11).

Em quase todas as concepções de rede a ideia de conexão, entrelaçamento, comunicação estão presentes. Desse modo, uma rede de ações e serviços também presume conexões e comunicações. Quando um serviço de saúde está integrado numa rede, compreende-se que ele, sozinho, não consegue solucionar todas as demandas que chegam a seu serviço, sendo necessário recorrer a outros serviços tanto de menor quanto de maior complexidade e, ainda, as demais redes que dão suporte ao setor saúde, como a educacional, a da ciência e tecnologia, a dos transportes, entre outras (KUSCHNIR et al., 2011).

A RAS é a interconexão, integração, interação, interligação dos serviços, independente do nível de densidade tecnológica, provida de elementos técnico-sanitários e organizacionais que possibilitam uma gestão racional, eficiente, ordenada e coerente com a finalidade de assegurar o direito à saúde às pessoas. Apenas desta forma, a integralidade da assistência¹², princípio que informa e conforma o SUS, será atendido (SANTOS; ANDRADE, 2011). Cabe destacar, que há uma relação inerente entre a organização da atenção à saúde sob a forma de rede e os objetivos da universalidade; equidade e integralidade. Em uma rede, os equipamentos e serviços não operam de modo isolado, incumbe-se pelo acesso, atenção integral e continuidade do cuidado à saúde das pessoas (KUSCHNIR et al., 2011).

De acordo com Portaria nº 4.279, de 30 de dezembro de 2010:

¹² O conceito de integralidade assegura ao cidadão ações e serviços contínuos e articulados “dentro do sistema de saúde”, ou seja, na rede de saúde, e jamais em apenas um município (SANTOS; ANDRADE, 2011).

O objetivo da RAS é promover a integração sistêmica, de ações e serviços de saúde com provisão de atenção contínua, integral, de qualidade, responsável e humanizada, bem como incrementar o desempenho do Sistema, em termos de acesso, equidade, eficácia clínica e sanitária; e eficiência econômica. (BRASIL, 2010, não p.).

Nesse sentido, é essencial a existência de um conjunto de unidades de distintos níveis de complexidade e de densidade tecnológica e em quantidade suficiente a fim de assegurar cobertura a uma população adscrita e também trabalhando com uma composição de recursos apropriados em cada nível para garantir que o cuidado prestado seja resolutivo e de qualidade (KUSCHNIR et al., 2011).

A RAS é constituída por três elementos fundamentais, sendo eles: população, estrutura operacional e modelo de atenção à saúde. A estrutura operacional é composta pelo centro de comunicação- APS, pelos pontos de atenção secundário e terciário; pelos sistemas de apoio, sistemas logísticos e pelos sistemas de governança (MENDES, 2011).

A população é a razão de ser da RAS. É adscrita a um território; organiza-se socialmente em famílias e deve ser cadastrada e registrada em subpopulações por riscos socio sanitários (MENDES, 2011). O centro de comunicação das RAS é o nó intercambiador no qual se coordenam os fluxos e os contrafluxos do sistema de atenção à saúde e é constituído pela APS, que tem papel fundamental na estruturação da RAS, atuando como coordenadora do cuidado. Logo, esse componente também é responsável por realizar a conexão entre os demais pontos da RAS, de modo a assegurar a continuidade do cuidado ao usuário (MENDES, 2011; BRASIL, 2012a).

Entretanto, essa coordenação pela APS não é tarefa fácil de ser feita por diversos motivos, como a carência de legitimidade da APS em relação aos outros pontos de atenção e aos sistemas de apoio e logísticos, a escassa densidade tecnológica incorporada nos cuidados da APS e a carências de sistemas de informações verticais. O modelo de coordenação organizacional de Mintzberg propõe dois mecanismos básicos para fortalecer a coordenação: os mecanismos de normalização, constituídos pela normalização de habilidades e de processos de trabalho; e os mecanismos de adaptação mútua, compostos pela supervisão direta, pela comunicação informal, pelos dispositivos de enlaçamento e pelos sistemas de informação vertical (MENDES, 2014).

Os pontos de atenção secundário e terciário se caracterizam pela oferta de serviços especializados e se diferenciam pela densidade tecnológica. Assim, os pontos de atenção terciária são mais densos tecnologicamente do que os pontos de atenção secundários. Porém, não há, entre eles, relações de principalidade ou subordinação, já que para a RAS todos os serviços são igualmente importantes (MENDES, 2011). Os sistemas de apoio são aos locais institucionais onde se oferecem serviços comuns a todos os pontos da RAS, tais como: apoio diagnóstico e terapêutico, assistência farmacêutica e sistemas de informação em saúde (MENDES, 2011).

Os sistemas logísticos correspondem às soluções em saúde, ancoradas nas tecnologias de informação, que asseguram uma organização racional dos fluxos e contrafluxos de informações, produtos e pessoas na RAS, possibilitando um sistema eficaz de referência e contrarreferência das pessoas e trocas eficientes de produtos e informações, ao longo dos pontos de atenção à saúde. Os principais sistemas logísticos da RAS compreendem: os sistemas de identificação e acompanhamento dos usuários; as centrais de regulação; registro eletrônico em saúde e os sistemas de transportes sanitários (MENDES, 2011; BRASIL, 2010).

Os sistemas de governança correspondem ao exercício da autoridade política, econômica e administrativa para gerenciar os negócios do Estado. Compõem-se de complexos mecanismos, processos, relações e instituições por meio das quais os cidadãos e os grupos sociais articulam seus interesses, praticam seus direitos e obrigações (BRASIL, 2010).

O modelo de atenção à saúde, último elemento da RAS é fundamental para a estruturação desta rede. Ele define a forma como a atenção é realizada e como os diversos pontos de atenção à saúde se comunicam e se articulam (BRASIL, 2010; BRASIL, 2013b).

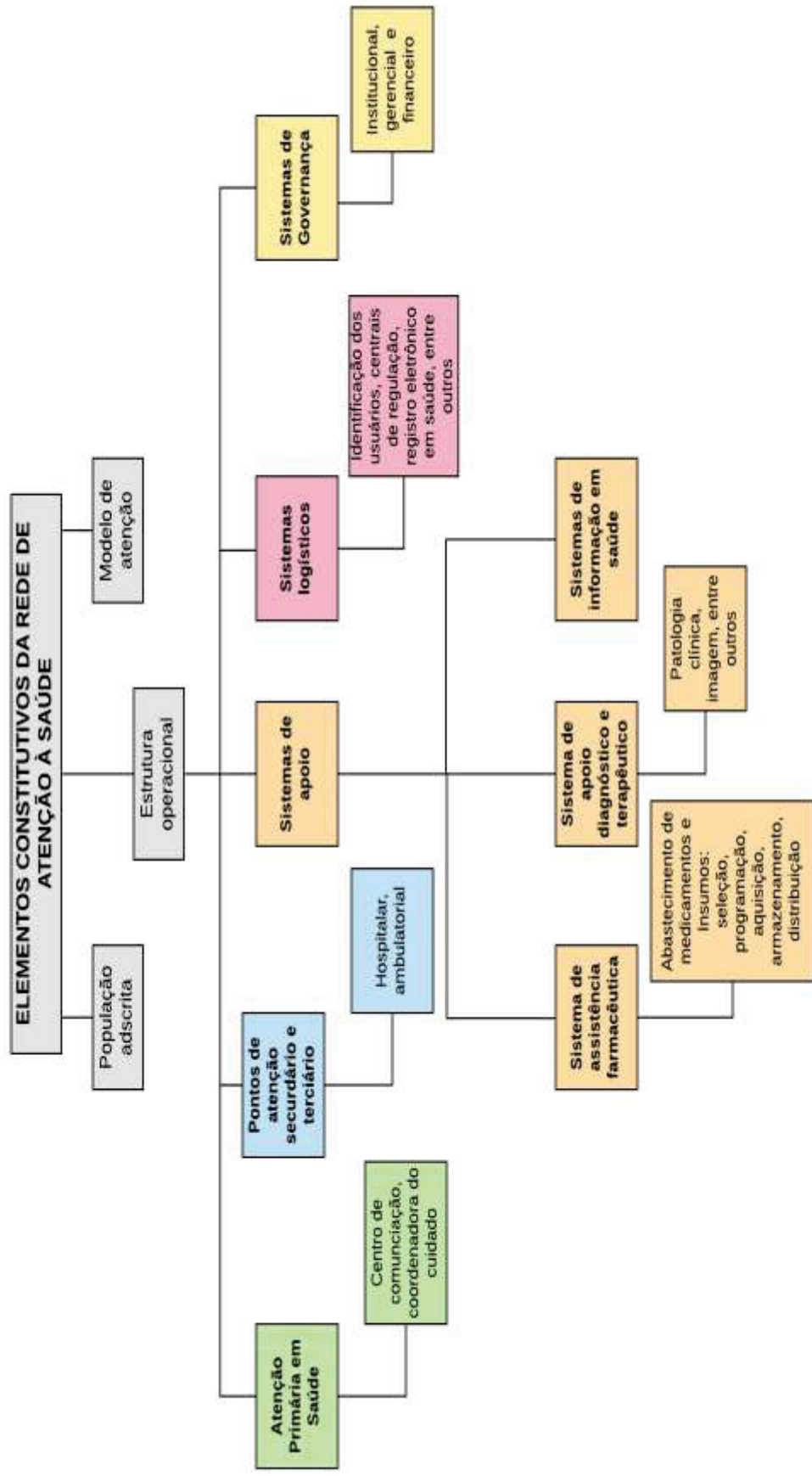
O modelo de atenção à saúde é definido como:

Um sistema lógico que organiza o funcionamento da RAS, articulando, de forma singular, as relações entre a população e suas sub populações estratificadas por riscos, os focos das intervenções do sistema de atenção à saúde e os diferentes tipos de intervenções sanitárias, definido em função da visão prevalecente da saúde, das situações demográficas e epidemiológicas e dos determinantes sociais da saúde, vigentes em determinado tempo e em determinada sociedade. Para a implantação da RAS, é necessária uma mudança no atual modelo de atenção hegemônico

no SUS, ou seja, exige uma intervenção concomitante sobre as condições agudas e crônicas. (BRASIL, 2010, não p.).

O modelo de atenção, definido na regulamentação do SUS, preconiza uma contraposição ao modelo atual que é centrado na doença e, em especial, no atendimento à demanda espontânea e na agudização das condições crônicas. Aponta para a necessidade de uma organização que construa a intersetorialidade para a promoção da saúde, contemple a integralidade dos saberes com o fortalecimento do apoio matricial, considere as vulnerabilidades de grupos ou populações e suas necessidades, fortalecendo as ações sobre as condições crônicas (BRASIL, 2010). A Figura 2, a seguir, resume os elementos constitutivos da RAS.

FIGURA 2 - ELEMENTOS CONSTITUTIVOS DA REDE DE ATENÇÃO À SAÚDE



FONTE: Adaptado de COSTA et al. (2014).

Dentre as redes temáticas elencadas pelo MS como prioritárias, têm-se: Rede Cegonha, Rede de Urgência e Emergência, Rede de Atenção Psicossocial, Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência e a Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas (BRASIL, 2014). Destaca-se que as redes temáticas não são sinônimas de RAS, pois se organizam por meio de rede para atender uma subpopulação e/ou então em torno de temas específicos, não tendo seu foco em todo o sistema como a RAS. Todavia, tanto a RAS como as redes temáticas possuem pontos de convergência como: definição das responsabilidades de cada ponto de atenção, necessidade de vínculo entre os serviços e de compartilhamento de informações e o fortalecimento da APS (CHUEIRI et al., 2014).

A seleção destas redes temáticas foi uma opção do MS e é considerada uma boa estratégia na perspectiva de que quando partes do sistema passam a mudar a lógica da organização por meio de redes; estas pode ter o potencial de influenciar a organização do todo a partir desta mesma lógica. Desse modo, esta estratégia seria a mais viável ao pensar futuramente na concretização da RAS em todo o sistema (CHUEIRI et al., 2014).

Cada ponto da RAS possui um conjunto de responsabilidade, que abarca determinados quadros clínicos em seu encargo, enquanto exclui outros. No entanto, deverão existir outros serviços que tenham como responsabilidade os quadros excluídos. Em uma organização em forma de rede, um serviço que avalia certa demanda imprópria para si, tem ainda a responsabilidade de manejá-la apropriadamente para outro serviço adequado. Com isso, constrói-se um objeto de trabalho que vai além do encargo individual de um serviço, tornando-se um objeto da rede (AMARAL; BOSSI, 2017).

Tradicionalmente, quando se opera sob a forma RAS remete-se aos mecanismos de referência e contrarreferência, entendidos como as formas pelas quais um paciente “caminha” pelos serviços. Porém, pela descrição da operacionalização dos serviços em rede fica evidente que estes não são apenas documentos de encaminhamento, que são entregues aos pacientes para que estes procurem por conta própria os seus próximos passos na RAS (KUSCHNIR et al., 2011).

Os mecanismos de referência e contrarreferência só têm sentido quando expressam o compromisso da RAS com o paciente, assegurando o acesso ao conjunto de tecnologias indispensáveis as necessidades da pessoa. Desse modo,

correspondem à definição e um acordo prévio acerca da responsabilidade de cada unidade de saúde, abarcando o quantitativo e tipos de situações a serem atendidas, traduzidos em seu perfil assistencial (KUSCHNIR et al., 2011).

De acordo com Gomes et al. (2011, p. 882) para a constituição da RAS é fundamental estabelecer um sistema de referência e contrarreferência em que APS seja concebida como uma porta de entrada prioritária para a população adscrita com a “capacidade de lidar com problemas amplos, heterogêneos e fortemente influenciados pelo contexto social”.

Além disso, para Kuschmir et al. (2011, p.129):

Em uma rede, a responsabilização pela atenção ao paciente e a articulação entre as unidades deve ser efetiva, para garantir não apenas o acesso nominal, mas a continuidade do cuidado. Ela pressupõe que os usuários sejam encaminhados e atendidos em unidades mais complexas do sistema quando necessário e que possam retornar à sua unidade de origem (correspondente a um nível mais básico do sistema) para acompanhamento (mecanismo de referência e contrarreferência). Isso implica um fluxo adequado de informações entre as unidades que compõem o sistema, sejam elas hospitais ou postos de saúde, públicas ou privadas credenciadas ao SUS, situadas em diferentes municípios ou estados.

Nessa perspectiva, a continuidade do cuidado demanda a transferência de informações do paciente entre os diferentes serviços. É fundamental a compreensão de que, quando as informações não são adequadamente repassadas haverá perda de informações do paciente, perda de tempo do profissional que atendeu e do paciente que foi atendido, duplicidade na solicitação de exames, e ainda, será um elemento contribuinte para o não funcionamento da referência e contrarreferência (SOUZA, 2014).

3 REFERENCIAL TEÓRICO

Neste capítulo, apresenta-se o referencial teórico, cuidado baseado nas forças (CBF), de autoria de Laurie N. Gottlieb e colaboração de Bruce Gottlieb, que subsidiou a análise dos dados desta pesquisa. Inicialmente, aborda-se uma breve biografia da autora, na sequência o CBF, suas quatro abordagens, seus pressupostos, crenças e valores.

3.1 BREVE BIOGRAFIA DE GOTTLIEB

Laurien N. Gottlieb é mestre em Enfermagem e doutora em Psicologia Desenvolvidora pela Universidade de McGill, Montréal- Canadá. É professora na McGill desde 1974. De 1995 a 2000, foi diretora da Escola de Enfermagem da referida Universidade; e de 1992 a 2013, foi editora do Jornal Canadense de Pesquisa em Enfermagem (McGUILL, 2017).

Em 2014, Gottlieb fundou o Instituto Internacional *Strengths-Based Nursing and Health Care* e, atualmente, trabalha no desenvolvimento da sua abordagem: *Strengths-Based Nursing and Health Care* para a prática, liderança e educação. *Strengths-Based Nursing and Health Care* é resultado do pensamento de como a Enfermagem deve cumprir as demandas sociais de saúde e de cura e é um aprofundamento dos elementos do modelo de Enfermagem da Universidade McGill (McGUILL, 2017).

O último livro de Gottlieb, *Strengths-Based Nursing and Health Care: health and healing for person and family*, publicado em 2013, foi premiado como primeiro livro do ano na categoria Educação em Enfermagem. Gottlieb recebeu vários prêmios incluindo: *Ordre des infirmières et infirmiers du Québec*, considerado este o de maior prestígio. *Insigne du mérite prize* pela sua contribuição no avanço da profissão e o *Canadian Nurses Association Centennial Award* por ser reconhecida como uma das 100 enfermeiras mais influentes no Canadá (McGUILL, 2017).

3.2 CUIDADO BASEADO NAS FORÇAS E SUAS ABORDAGENS

O cuidado baseado nas forças¹³ (CBF) é uma abordagem que considera o ser humano como um todo. Concentra-se sobre o que está funcionando bem, o que a pessoa faz de melhor e os recursos que esta dispõe para melhor lidar com sua vida, sua saúde e com os desafios do sistema de saúde. Abrange como as enfermeiras podem melhor apoiar o que está funcionando bem para ajudar pacientes, famílias e comunidades a se desenvolverem, crescerem, prosperarem e se transformarem (GOTTLIEB, 2013). Cabe destacar que o CBF não ignora ou nega os problemas da pessoa, pelo contrário, utiliza-se das forças para balancear ou minimizar as suas fragilidades (GOTTLIEB, 2013).

Isto representa um novo significado do cuidar, porque envolve a visão holística do paciente, a humanidade e a singularidade de cada um, não se focando apenas na doença ou nos problemas da pessoa. Esta abordagem demanda que as enfermeiras e outros profissionais da área da saúde tenham um melhor conhecimento do paciente e de seus familiares, para que possam acompanhá-los na sua trajetória de saúde e doença (GOTTLIEB, 2013).

O CBF incorpora os ensinamentos de Florence Nightingale com a finalidade de manter o direito das pessoas a terem valores e crenças respeitados, o direito dos pacientes e familiares a tomarem decisões sobre os cuidados de saúde. Reconhece que os problemas podem ser compreendidos somente dentro de um contexto e que as forças devem ser identificadas e utilizadas para enfrentar os problemas, compensar os déficits e superar as limitações (GOTTLIEB, 2014).

Deste modo, o olhar volta-se para o que está funcionando e a comunicação com o paciente é redirecionada, ao invés de perguntar o que está errado, pergunta-se: o que está certo? ao contrário de perguntar sobre o que aconteceu, questiona-se: o que está indo bem? Esta inversão coloca o problema dentro de um contexto o que pode, direta ou indiretamente, refletir em como o paciente e a família o enfrentam (GOTTLIEB, 2013).

¹³ Forças são as capacidades que a pessoa e a família possuem para enfrentar os desafios da vida, facilitar a sua recuperação e cura e contribuir para o seu bem-estar. Forças incluem as atitudes, os atributos, as competências, os recursos, as habilidades, os talentos. Podem ser biológicas, fisiológicas ou sociais (GOTTLIEB, 2013).

Enfermeiras, cuja prática baseia-se nos CBF, buscam em seus pacientes e familiares as competências, as habilidades e as capacidades que possam ser úteis para a recuperação, o desenvolvimento, a sobrevivência e até a prosperidade. A atenção da enfermeira deve voltar-se para a saúde, a cura, o alívio do sofrimento, por meio de ações que se inspirem nas forças e nos recursos externos, gerando condições que permitam aos pacientes alcançarem o máximo de funcionamento (GOTTLIEB, 2014).

CBF representa uma mudança no pensamento e uma nova maneira de ser e de fazer, o que requer orientação para a maioria das enfermeiras, demais profissionais da saúde e, ainda, para os sistemas de saúde. Até mesmo porque vivemos em uma sociedade em que o foco concentra-se mais no negativo do que no positivo, mais no que está errado do que no que está certo e esquecemos das forças, das possibilidades e das oportunidades que melhoram a qualidade de vida dos pacientes (GOTTLIEB, 2013).

Dentre os profissionais da saúde, médicos centram-se na doença, enfermeiras nos problemas dos pacientes e das comunidades, educadores ensinam os estudantes a focar-se na doença e no tratamento e se esquecem de observar a pessoa na sua globalidade, reduzindo-a em partes, por isso ignoram as situações e as circunstâncias. Assim, tem-se o modelo de cuidados centrado nos déficits que constitui o modelo dominante dos sistemas de saúde, em parte devido ao modelo biomédico, desenvolvido ao longo de anos para ajudar os médicos a diagnosticar e tratar os pacientes (GOTTLIEB, 2013).

Por diversas razões, o modelo biomédico tornou-se dominante entre os sistemas de saúde e orientador da prática de diferentes profissionais. Primeiro, os pacientes procuram cuidados médicos quando têm algo os incomodando e este modelo tem sido eficaz nesta situação. Segundo, o modelo biomédico é voltado para a cura das doenças e não para a promoção da saúde e terceiro, este modelo fornece uma linguagem comum o que favorece a comunicação entre os profissionais (GOTTLIEB, 2013).

Diante da necessidade de superar o modelo biomédico as enfermeiras necessitam criar um papel único para si mesmas, paralelo e complementar à medicina. Para tanto, precisam resgatar os ensinamentos de Nightingale como o holismo, a compaixão, a importância do meio ambiente e dos cuidados relacionais e, neste sentido, a CBF contempla estas condições (GOTTLIEB, 2014).

CBF é um referencial que orienta a prática profissional e pauta-se em quatro abordagens: cuidado centrado no paciente/família/relacionamento; movimento de empoderamento; promoção da saúde, prevenção da doença e cultura do autocuidado; participação colaborativa (GOTTLIEB, 2013).

3.2.1 Cuidado centrado no paciente/pessoa/família/relacionamento

O termo cuidado centrado na pessoa/paciente/família/relacionamento em enfermagem não é novo. Este foi criado em 1960 pelas primeiras enfermeiras teóricas, *Faye Abdellah* e *Ernestine Wiedenbach*, com a intenção de deslocar o foco tecnicista da prática da enfermagem para a pessoa e sua família (GOTTLIEB, 2013).

Entretanto, mesmo após anos da concepção deste termo, ele representa uma nova abordagem do cuidado, o qual é sensível e responsivo às necessidades do paciente. A expressão cuidado centrado na pessoa traduz a intenção dos profissionais e das instituições de saúde em colocar a pessoa no centro das decisões clínicas que lhe concernem (MC CORMACK, 2003 apud GOTTLIEB, 2013).

É importante salientar que o cuidado centrado na pessoa/paciente/família/relacionamento pode ser praticado, levando em consideração apenas os problemas da pessoa, sem incluir as forças. Entretanto, o interessante é colocar a pessoa em primeiro plano e relacionar seus problemas com seu contexto, suas experiências passadas e seu modo de vida (GOTTLIEB, 2013).

A maioria dos serviços de saúde propaga que os seus cuidados são centrados no paciente e nas famílias, porém os interesses econômicos, político e organizacionais, em geral, são priorizados em relação às necessidades do paciente. O CBF é uma abordagem que realmente coloca em prática muitos dos princípios da atenção centrada na pessoa e na família, tornando o cuidado mais responsivo às necessidades e menos fragmentado (GOTTLIEB, 2014).

3.2.2 O movimento de empoderamento

A ideia de empoderamento remonta os movimentos sociais da década de 1960 como os movimentos de igualdade dos direitos civis para as mulheres, dos gays e lésbicas, membros de grupos raciais e étnicos. Já o movimento de empoderamento do paciente tem suas raízes na ascensão do movimento do consumidor em 1960 (GOTTLIEB, 2013).

Movimentos de empoderamento são movimentos por meio dos quais os indivíduos e as comunidades se reúnem e se organizam para mudar o *status quo*. Advogam por melhores cuidados para determinadas doenças, pelos direitos de serem tratadas com respeito e dignidade, ter a opção de escolher os tratamentos e poder participar das decisões que dizem respeito à sua saúde (GOTTLIEB, 2013).

O empoderamento é um processo social de reconhecimento, promoção e aprimoramento das capacidades das pessoas para encontrarem suas próprias necessidades, resolver os seus próprios problemas e mobilizar os recursos necessários para terem controle das suas próprias vidas (GIBSON, 1991 apud GOTTLIEB, 2013).

O empoderamento das pessoas demanda certas condições tais como: acesso às informações para auxiliar na tomada de decisões, ter opções para que possa decidir qual escolher; poder expressar as suas ideias e se defender, acreditar que podem fazer a diferença e aprender a pensar criticamente (GOTTLIEB, 2013).

3.2.3 Promoção da saúde, prevenção da doença e a cultura do autocuidado

Atualmente, os maiores investimentos são direcionados para o diagnóstico e tratamento das doenças e não para a prevenção das doenças e promoção da saúde. Entretanto, a nova cultura de promoção da saúde está emergindo, devido aos altos custos com o tratamento das doenças (MCGINNIS; WILLIAMS-RUSSO; KNICKMAN, 2002 apud GOTTLIEB, 2013). O autocuidado constitui um aspecto importante da promoção da saúde e abrange questões como: autonomia, autodeterminação e independência da pessoa (GOTTLIEB, 2013).

Uma cultura favorável à promoção da saúde, à prevenção da doença e ao autocuidado, favorece a convicção de que as pessoas podem mudar seus comportamentos em questões de saúde e que elas mesmas possam ser

responsáveis por estas mudanças. Isto envolve a escolha de um melhor estilo de vida para elas mesmas. Todavia, estas mudanças também requerem mudança de mentalidade por parte das pessoas, das famílias, das comunidades e do governo (KAWAKI; BERKMAN, 2003 apud GOTTLIEB, 2013).

3.2.4 Participação colaborativa

As transformações no sistema de cuidados de saúde implicam em redefinição do papel entre o profissional de saúde e o paciente. Esta abordagem reconhece e respeita o conhecimento de ambas as partes. Isto não significa que a enfermeira renuncia à responsabilidade para com o paciente, mas sim, o escuta, reconhece a sua *expertise* e juntos trabalham em um plano que contempla o estilo de vida do paciente, seus objetivos e suas necessidades (GOTTLIEB, 2013).

Apesar das quatro abordagens serem apresentadas separadas, cabe destacar que elas são inter-relacionadas, conforme demonstra a FIGURA 3.

FIGURA 3 - INTERRELAÇÃO ENTRE AS QUATRO ABORDAGENS QUE PAUTAM O CBF



FONTE: Adaptado de GOTTLIEB (2013).

3.3 PRESSUPOSTOS, CRENÇAS E VALORES DO CBF

Os CBF é uma abordagem que guia a prática diária das enfermeiras, baseia-se num conjunto de pressupostos sobre saúde, pessoa, ambiente e enfermagem que correspondem aos quatro elementos do metaparadigma da enfermagem (GOTTLIEB, 2013) apresentados no Quadro 2.

QUADRO 2 - OS METAPARADIGMAS DA ENFERMAGEM E OS PRESSUPOSTOS

Metaparadigma-Enfermagem	Pressupostos
Saúde	Indivíduos, pessoas e famílias aspiram uma melhor saúde e cura e são motivados para isto.
Pessoa	<p>Cada pessoa é única.</p> <p>Cada pessoa funciona como um todo integrado.</p> <p>Cada pessoa tem a capacidade de crescer, se transformar e de se curar.</p> <p>Pessoas crescem com seus próprios significados e entendimentos de si mesmas e dos ambientes onde viveram.</p> <p>Todas as pessoas possuem potenciais e forças.</p> <p>Problemas, vulnerabilidades, fraquezas, dificuldades são parte das condições humanas.</p> <p>Dentro de cada pessoa reside o poder para a cura.</p> <p>Forças possibilitam a pessoa a se adaptar a diferentes ambientes e a enfrentar diversos desafios em saúde.</p>
Ambiente	<p>Pessoas habitam ambientes que podem ser saudáveis ou tóxicos.</p> <p>Ambientes contêm poderosas forças que selecionam as forças e as fraquezas.</p>
Enfermagem	<p>Campo da enfermagem que cuida dos indivíduos, das famílias e das comunidades, para ajudar a alcançar a saúde, facilitar a cura, aliviar o sofrimento e enfrentar os problemas.</p> <p>Profissionais da enfermagem trabalham com pessoas e seus ambientes para selecionar e desenvolver as suas forças a fim de promover a saúde e facilitar a cura.</p>

FONTE: Adaptado de GOTTLIEB (2013).

Estes pressupostos originaram as oito crenças e valores fundamentais sobre saúde, pessoa, ambiente, enfermagem e sustentam o CBF. Sendo eles: saúde e cura; singularidade, holismo e indivisibilidade; realidade objetiva, subjetiva e significado criado; a pessoa e o ambiente são integrais; autodeterminação; parceria colaborativa entre a enfermeira e o paciente; aprendizado, disposição para aprender e momento oportuno.

3.3.1 Saúde e cura

A concepção de saúde e de cura, na perspectiva dos CBF, inspirou-se nos escritos de Nightingale. Para o CBF, saúde e cura estão focadas na plenitude do ser humano. Assim, a saúde busca criar a plenitude e a cura visa restaurá-la. A plenitude corresponde aos vários aspectos da pessoa (físico, mental, emocional e social) que trabalham em conjunto para fazer com que a pessoa sinta-se completa, em harmonia (GOTTLIEB, 2013). No processo de cura, as pessoas desenvolvem novas habilidades que podem sustentar e aumentar sua saúde (GOTTLIEB, 2014).

CBF requer que as enfermeiras tenham conhecimentos e habilidades sobre saúde e cura, para que possam ir além do entendimento que a saúde é simplesmente a ausência de doença. Quando as enfermeiras visualizam a saúde e a cura, na perspectiva da plenitude, cria-se uma melhor condição para desenvolvê-la e restaurá-la (GOTTLIEB, 2013).

3.3.2 Singularidade

CBF reconhece que não há duas pessoas iguais, entretanto os sistemas de saúde persistem em tratar duas pessoas como se elas fossem idênticas. Cada pessoa tem as suas particularidades, ocupa um nicho específico no seio familiar e na comunidade em que vive. Cada pessoa é geneticamente diferente, tem uma disposição diferente e responde aos ambientes de maneira distinta (GOTTLIEB, 2013).

A singularidade de cada um reside nas suas forças e fraquezas e como estes afetam suas respostas físicas, comportamentais e interpessoais. Reconhecer a singularidade de uma pessoa consiste, portanto, em identificar as suas forças e fraquezas (GOTTLIEB, 2013).

3.3.3 Holismo e indivisibilidade

O holismo baseia-se na premissa de que a pessoa é um todo unificado, e indivisível, muito mais, e diferente do que a soma das suas partes (ROGERS, 1970 apud GOTTLIEB, 2013). Deste modo, não se pode compreender uma pessoa pelo exame das suas células, tecidos, órgãos, etc. Estes podem dizer algo sobre um

órgão ou sobre o funcionamento do sistema, mas não revela quem é a pessoa e o que a torna única (GOTTLIEB, 2013).

A indivisibilidade significa que o corpo e a mente são um só, trabalham juntos como um todo. Holismo e indivisibilidade objetivam a plenitude, a integração, e isto somente é alcançado quando todos os aspectos do ser humano funcionam em harmonia (GOTTLIEB, 2013).

3.3.4 Realidade objetiva, subjetiva e significado criado

Existem dois tipos de realidade; a objetiva, derivada do que podemos observar, mensurar, como, por exemplo, exame de sangue, teste de urina, radiografia, etc., e a realidade subjetiva que provém do que o paciente diz e acredita, de como ele está vivenciando a doença. Muitos profissionais consideram somente a realidade objetiva por acreditarem que esta realidade traz um acurado diagnóstico e tratamento (GOTTLIEB, 2013).

O significado criado da situação é afetado por fatores pessoais, familiares e sociais. As situações assumem um significado distinto e uma maior relevância, dependendo do momento da vida da pessoa, da sua compreensão, cultura, experiências, do que está em jogo e do que precisa ser realizado (GOTTLIEB, 2013).

A CBF valoriza tanto a realidade objetiva como a subjetiva, porque cada uma delas fornece diferentes informações e, quando juntas, mostram a pessoa por completo. Para isto, além dos dados objetivos, incluem-se informações sobre crenças, entendimentos e as percepções do paciente (GOTTLIEB, 2013).

3.3.5 Autodeterminação

Autodeterminação refere-se ao direito das pessoas escolherem e agirem de acordo com os seus próprios pensamentos, necessidades e sentimentos. Autodeterminação demanda que as enfermeiras respeitem o direito das pessoas fazerem as suas próprias escolhas sem coerção, também diz respeito sobre encorajar as pessoas a tomar decisões acerca de questões que influenciam nas suas vidas em matéria de saúde e cuidados (GOTTLIEB, 2013).

A autodeterminação permite ao indivíduo tornar-se mais autônomo, ter maior controle, responsabilidade e decisão sobre a sua saúde (GOTTLIEB, 2013). As enfermeiras que valorizam a autodeterminação acreditam que as melhores decisões tomadas são quando os pacientes e familiares estão bem informados, desta forma, eles têm a oportunidade de examinar diferentes pontos e participar das potenciais decisões (GOTTLIEB, 2013).

O direito à autodeterminação acontece quando a enfermeira escuta as histórias do paciente, as suas experiências passadas e atuais, aprecia seus valores e crenças e considera as situações e circunstâncias que regem a sua vida (GOTTLIEB, 2013).

3.3.6 A pessoa e o ambiente são integrais

Pessoa e família são diretamente acometidas pelo ambiente em que vivem, seja este físico ou social. Um ambiente pode trazer benefícios para uma pessoa, enquanto outro, pode trazer vulnerabilidade para a mesma pessoa. Deste modo, um ambiente ajustado permite que as pessoas aproveitem as suas forças e tenham a oportunidade para o desenvolvimento, a cura e a prosperidade (GOTTLIEB, 2013).

3.3.7 Parceria colaborativa entre a enfermeira e o paciente

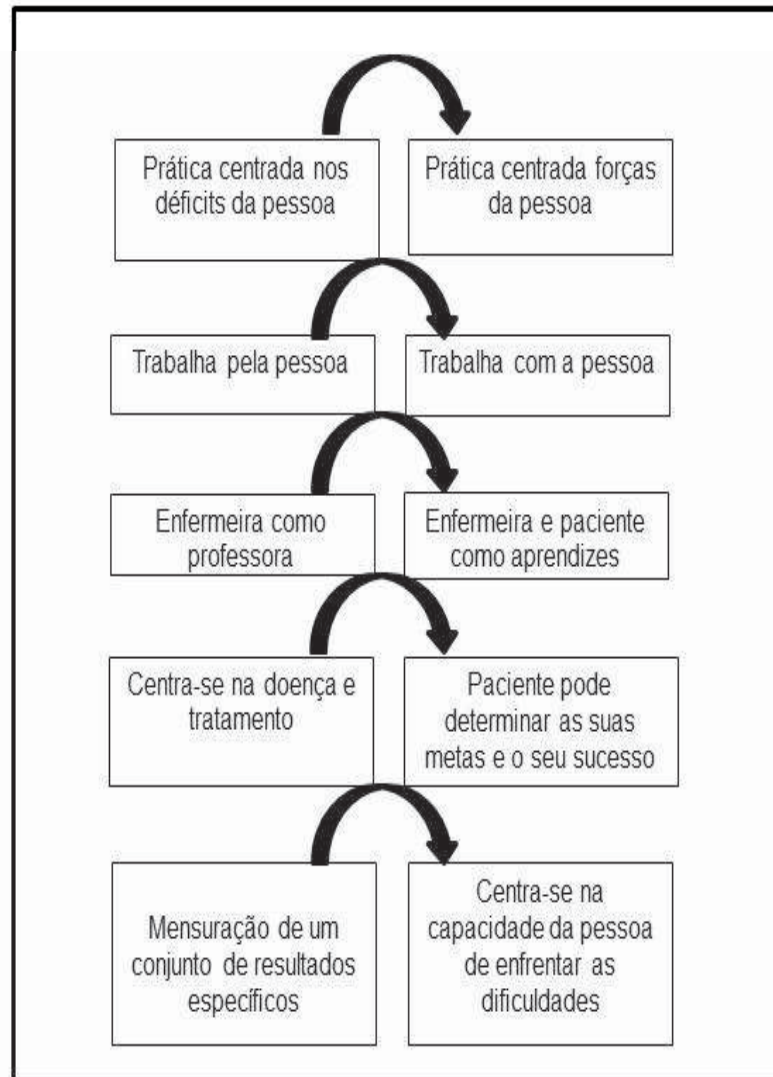
Na relação entre a enfermeira e o paciente, cada uma traz as suas experiências, conhecimentos e competências. A enfermeira detém o conhecimento formal acerca da saúde e da cura, já o paciente tem conhecimento de si, da sua família e das suas circunstâncias. Na parceria colaborativa, é essencial que a enfermeira esteja aberta para comunicar-se com o paciente, sem julgamentos, pois os pacientes e a família são propensos a colaborar quando se sentem valorizados, compreendidos, respeitados e seguros (GOTTLIEB, 2014).

A característica mais importante da parceria colaborativa é o compartilhamento de poder entre a enfermeira e o paciente. Para tanto, é fundamental que cada um aprecie os pontos fortes um do outro. Para que os pacientes aceitem compartilhar o seu poder, eles necessitam acreditar que têm algo a compartilhar assim como ter confiança nas competências e habilidades da

enfermeira, deste modo, uma relação horizontal entre enfermeira e paciente é essencial (GOTTLIEB, 2013).

A parceria colaborativa favorece o empoderamento da pessoa devido às mudanças apresentadas a seguir (FIGURA 4).

FIGURA 4 - ASPECTOS QUE MUDAM NA PARCERIA COLABORATIVA E FAVORECEM O EMPODERAMENTO DO PACIENTE



FONTE: Adaptado de GOTTLIEB (2013).

3.3.8 Aprendizado, disposição para aprender e momento oportuno

A sobrevivência humana depende do que a pessoa aprende e como ela usa este aprendizado para se adaptar, crescer e se desenvolver. A disposição para aprender é o pré-requisito para a aprendizagem. O momento oportuno refere-se à capacidade do corpo e à disposição da mente para aprender, e a enfermeira precisa estar em sintonia com o paciente para saber qual é o melhor momento para que a intervenção tenha sucesso (GOTTLIEB, 2014).

Em cada situação, as pessoas precisam descobrir as suas forças e adquirir novas competências e habilidades para lidar com as mudanças. Para isto, as enfermeiras devem criar meios que motivem o aprendizado, o que requer atenção aos sinais de prontidão para o aprendizado, tanto do paciente quanto dos membros da família envolvidos. Quando o paciente não está pronto para uma determinada experiência, é importante que a enfermeira o apoie (GOTTLIEB, 2013).

Além disso, as enfermeiras precisam ter em mente que a cada nova experiência, por mais difícil e dolorosa que seja para o paciente e seus familiares é uma oportunidade de aprendizado sobre si mesmo, suas relações e como o mundo funciona, reforçando a importância de trabalhar na perspectiva da educação aos pacientes e seus familiares (GOTTLIEB, 2013).

4. MÉTODO

Neste capítulo, aborda-se o percurso metodológico adotado para a consecução dos objetivos desta pesquisa. Para tanto, apresenta-se os aspectos éticos, o tipo de pesquisa, os participantes, o cenário da pesquisa, a técnica de coleta e análise dos dados.

4.1 ASPECTOS ÉTICOS

O projeto seguiu as exigências da Resolução n.º 466, de 12 de dezembro de 2012, do Conselho Nacional de Saúde (CNS) (BRASIL, 2012b). Foi aprovado pelo CEP da UFPR-PR, parecer n.º 1.426.575 e teve como Certificado de Apresentação para Apreciação Ética (CAAE), n.º 36975914.5.0000.0102. Também foi aprovado pelo CEP das instituições coparticipantes, no CHUM sob o n.º 888. 681 e no CHU sob o n.º: 2015-2016-9012. Estes documentos podem ser consultados em Anexos 1.

A coleta de dados aconteceu após a aprovação dos CEPs e do aceite das participantes. Para garantir o anonimato, as enfermeiras de ligação foram identificadas pelas letras EL do alfabeto, seguida de um número cardinal em ordem crescente, conforme a sequência em que os questionários foram recebidos. Os chefes das enfermeiras de ligação foram identificados pelas iniciais CL1, CL2.

4.2 TIPO DE PESQUISA

Trata-se de uma pesquisa qualitativa do tipo descritiva. A pesquisa qualitativa tem sido orientada por distintas disciplinas e cada uma delas desenvolveu métodos mais apropriados à abordagem de questões de interesses particulares. No entanto, características gerais da pesquisa qualitativa tendem a ser aplicadas em todas as disciplinas, como: a multiplicidade de estratégias para a coleta de dados, a capacidade de ajustar-se ao que está sendo aprendido durante a coleta dos dados, a busca da compreensão do todo, etc. (POLIT; BECKER, HUNGLER, 2004).

A escolha pela abordagem qualitativa partiu da premissa em que esta se baseia, ou seja, os conhecimentos sobre as pessoas somente são possíveis a partir da descrição da experiência humana, tal como é definida e vivenciada pelas próprias pessoas (POLIT; BECK, 2011). Além disso, a pesquisa qualitativa possui a facilidade

de descrever a complexidade de um determinado problema, compreender processos dinâmicos sem a pretensão de tratar os dados de forma estatística (OLIVEIRA, 2007).

A pesquisa descritiva tem como principal objetivo a descrição e a elucidação de fenômenos por meio da observação, descrição, classificação. Os pesquisadores fazem uso de métodos aprofundados para descrever as dimensões, as variações, a importância e o significado dos fenômenos (POLIT; BECKER, HUNGLER, 2004).

4.3 CENÁRIO DA PESQUISA

A pesquisa foi desenvolvida na província do Québec- Canadá nas seguintes instituições: Centro Hospitalar Universitário de Montréal (CHUM) e no Centro Hospitalar Universitário de Québec (CHU). Estes centros são afiliados às universidades de Montréal e Laval, respectivamente, e possuem três principais missões: ofertar cuidados especializados e super especializados, ser campo de ensino e desenvolver pesquisas (SANTÉ E SERVICES SOCIAUX QUÉBEC, 2016; CHU DE QUÉBEC, 2017).

O CHUM possui 1.199 leitos, é composto por três hospitais: *Hôtel-Dieu*; *Notre-Dame*; *Saint-Luc* (CHU FONDATION, 2017). O CHU possui 1.401 leitos e é composto por cinco hospitais: *Centro Materno Infantil Soleil*; *Hospital l'enfant-Jésus*; *Hospital Saint-Sacrement*; *Hospital Saint-François d'Assise*; *Hospital L'Hôtel-Dieu de Québec* (CHU DE QUÉBEC, 2016)

Como o estudo foi realizado em instituições de saúde no Québec realizou-se uma aproximação com a organização do sistema de saúde desta província, o que foi facilitada por meio de uma Professora Doutorada da *Université Laval*, que me indicou alguns documentos eletrônicos, já que o sistema de saúde, recentemente, passou por transformações e os manuscritos científicos ainda são escassos¹⁴. Dessa forma, apresenta-se brevemente acerca do sistema de saúde da província do Québec-Canadá.

O sistema de saúde quebequense, instituído em 1971, é um sistema público, sendo o estado o principal segurador e administrador. É financiado por fontes fiscais compartilhadas entre a esfera federal e as províncias (SANTÉ E SERVICES

¹⁴ Élisabeth Martin. Référence recherchée [email]. Mensagem recebida por: <giseleknop@gmail.com>. 10 out 2016.

SOCIAUX QUÉBEC, 2015). Caracteriza-se pela equidade, universalidade e administração pública (QUÉBEC, 2008).

Está organizado em forma de redes territoriais de saúde e de serviços sociais, a fim de assegurar a proximidade e a continuidade entre os serviços. Os Centros Integrados de Saúde e de Serviços Sociais (CISSS) e os Centros Integrados Universitários de Saúde e de Serviços Sociais (CIUSSS) são responsáveis por garantir o desenvolvimento e o bom funcionamento das redes locais de saúde e de serviços sociais (SANTÉ E SERVICES SOCIAUX QUÉBEC, 2015).

Os centros integrados e seus parceiros compartilham a responsabilidade de oferecer serviços integrados conforme as necessidades da população de um determinado território. Para assumir esta responsabilidade com a população, os serviços precisam desenvolver um conjunto de intervenções, o mais completo possível, perto de onde as pessoas vivem. O modelo também é baseado no princípio da priorização dos serviços, o que facilita a complementaridade dos serviços e acompanhamento de pessoas entre os diferentes níveis de complexidade (SANTÉ E SERVICES SOCIAUX QUÉBEC, 2015).

Os CISSS ou CIUSSS contemplam: Centro Local de Serviços Comunitários (CLSC)¹⁵, Centro Hospitalar (CH)¹⁶, Centro de Readaptação (CR)¹⁷, Centro de hospedagem de Cuidados de Longa Duração (CHCLD)¹⁸ e Centro de Proteção da Infância e da Juventude (CPIJ)¹⁹. Os centros integrados devem assegurar a coordenação dos serviços ofertados por todos os parceiros da rede de serviços de

¹⁵ CLSC: É um estabelecimento público que oferece serviços de saúde e serviços sociais de natureza preventiva, curativa e de readaptação (QUEBEC, 2016a). É a primeira porta de entrada do sistema de saúde, trabalha na perspectiva de uma abordagem global e multidisciplinar da pessoa e de sua família. Em relação aos níveis de atenção é um estabelecimento de primeira linha. O conceito de primeira linha se define em oposição ao de segunda linha que oferece, por exemplo, consultas com especialistas ou cirurgia geral (MELLON, 2004).

¹⁶ CH: Oferece serviços de diagnóstico, cuidados médicos gerais e especializados. São divididos em CH de cuidados gerais e especializados e CH de cuidados psiquiátricos (QUEBEC, 2016a).

¹⁷ CR: Oferecem serviços de adaptação, readaptação e integração social às pessoas acometidas por: deficiências físicas ou intelectuais, dificuldades comportamentais, psicossociais ou familiares devido à dependência do álcool, das drogas, de jogos. Há cinco tipos de CR: CR para deficientes intelectuais, CR para deficientes físicos (auditivos, visuais, motores e de linguagem), CR para dependentes, CR para mães com dificuldade de adaptação e CR para jovens com dificuldade de adaptação (QUEBEC, 2016a).

¹⁸ CHCLD: Local que oferece serviços psicossociais, farmacêuticos, médicos, de enfermagem e de readaptação a adultos que perderam autonomia e não podem viver no seu domicílio, pois necessitam de algum tipo de assistência, apoio ou supervisão. Os CHCLD oferecem estada permanente ou temporária, podem ser públicos, semi-públicos ou privados (QUEBEC, 2016a).

¹⁹ CPIJ: É um centro que fornece serviços psicossociais as crianças e os jovens, inclusive nas situações de emergência. Atua também nos casos de adoção, pesquisa da família biológica e mediação familiar (QUEBEC, 2016a).

saúde, sendo eles: os Grupos de Medicina da Família (GMF)²⁰, as clínicas médicas²¹, as farmácias comunitárias²², os organismos comunitários e sociais²³, os CHCLD privados, centros hospitalares especializados e superespecializados como o CHUM e o CHU, os recursos não institucionais como o Recurso Tipo Familiar (RTF)²⁴ e o Recurso Intermediário (RI)²⁵, empresas de ajuda a domicílio²⁶ e também outros setores como escolas e creches (SANTÉ E SERVICES SOCIAUX QUÉBEC, 2015).

Além disso, se necessário, um CISSS ou CIUSSS de um determinado território pode interagir com outro (SANTÉ E SERVICES SOCIAUX QUÉBEC, 2015).

Para melhor compreensão, a Figura 5 mostra os principais atores de uma rede territorial de serviços de saúde e de serviços sociais do Québec.

²⁰ GMF: É um grupo de médicos de família que oferecem serviços de primeira linha com ou sem agendamento prévio, em um consultório que pode ser um CLSC, uma clínica médica ou no domicílio do paciente. Trabalham a fim de melhorar o acesso à primeira linha, o acompanhamento dos pacientes e a continuidade dos cuidados. Eles podem atender a noite e nos finais de semana, dependendo da demanda (QUEBEC, 2016a; PORTAIL QUÉBEC, 2017b).

²¹ Clínicas médicas: Tem como principal objetivo promover acesso a serviços de primeira linha. São complementares ao GMF.

²² Farmácias comunitárias: Asseguram aos pacientes o acesso aos serviços farmacêuticos a fim de detectar e prevenir os problemas decorrentes do uso de medicamentos. Também atuam no preparo, conserva e entregar dos medicamentos. Os farmacêuticos também são autorizados a prescrever medicamentos quando não é necessário um diagnóstico, prescrever e interpretar exames laboratoriais, ajustar ou estender uma prescrição médica, substituir um medicamento em caso de interrupção do fornecimento, prescrever medicação quando o diagnóstico e o tratamento são conhecidos, administrar um medicamento para demonstrar o uso adequado (QUEBEC, 2016a). Apoiam os serviços de primeira linha por meio da indicação de medicamentos que possuem venda livre, de produtos naturais, ou intervenções não farmacológicas, o que pode solucionar pequenos problemas de saúde (ORDRE DES PHARMACIENS DU QUÉBEC, 2017).

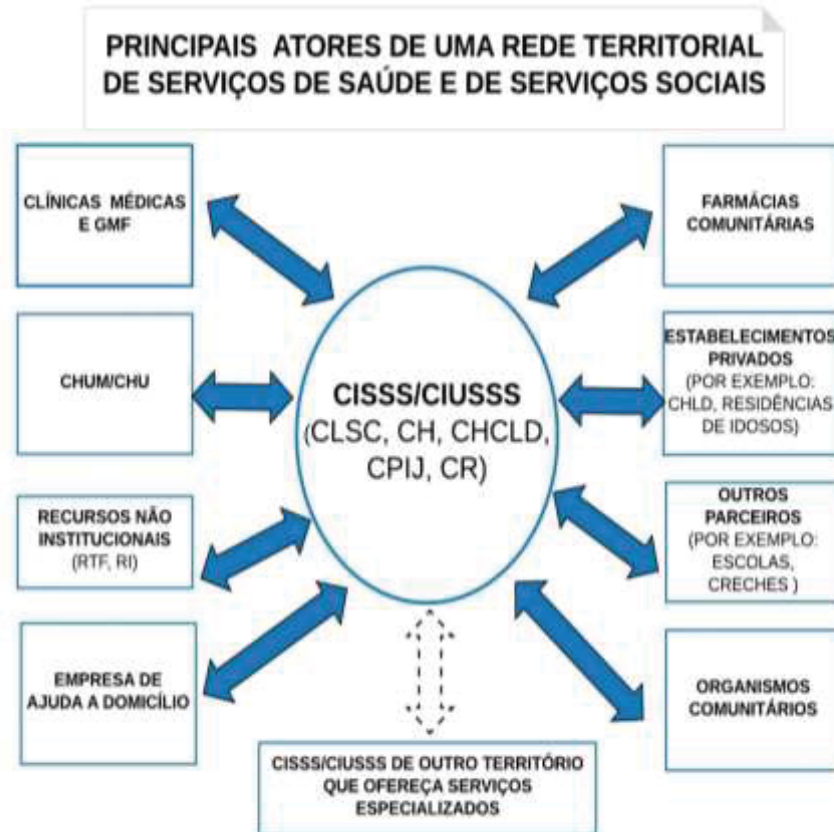
²³ Organismos comunitários e sociais: São instituições reconhecidas pelo Ministério da Saúde como parceiros autônomos. Oferecem serviços de prevenção, apoio, aconselhamento, hospedagem temporária, promoção de atividades acerca dos direitos sociais e de saúde das pessoas e para melhoria das condições de vida da população (QUEBEC, 2016a).

²⁴ RTF: famílias que acolhem crianças e residências que acolhem adultos e idosos (QUEBEC, 2016a).

²⁵ RI: pode ser um conjunto de apartamentos, uma casa de acolhimento onde vivem vários idosos (QUEBEC, 2016a).

²⁶ Empresas de ajuda a domicílio: Contribuem para a manutenção do lar, por meio da limpeza pesada ou leve, preparo e fornecimento das refeições aos pacientes que possuem alguma deficiência (QUEBEC, 2016a).

FIGURA 5 - PRINCIPAIS ATORES DE UMA REDE TERRITORIAL DE SERVIÇOS DE SAÚDE E DE SERVIÇOS SOCIAIS NO QUÉBEC



FONTE: Adaptado de QUÉBEC (2016a).

4.4 PARTICIPANTES DA PESQUISA

Os participantes da pesquisa foram as enfermeiras de ligação que atuavam no CHUM e no CHU e os chefes das enfermeiras de ligação. As enfermeiras de ligação possuíam o bacharelado em enfermagem, isto porque, na província do Québec, existem enfermeiras com distintas titulações. Deste modo, para melhor compreensão, descreve-se brevemente sobre a formação da enfermeira nesta província.

A enfermeira pode formar-se pelo Programa Colegial ou Programa Universitário. Esta última modalidade envolve o bacharelado (BAC) em Ciências da Enfermagem, o Diploma de Estudos Superiores Especializados (DESS), o Mestrado e o Doutorado em Ciências da Enfermagem. Sendo que, para a admissão em cada um destes cursos há requisitos pre-estabelecidos (ORDRE DES INFIRMIÈRES ET INFIRMIERS DU QUÉBEC, 2017).

O programa colegial é oferecido pelos 48 Colégios de Ensino Geral e Profissional (CEGEPs)²⁷, distribuídos na província do Québec. Este programa titula a profissional como enfermeira em cuidados gerais por meio do Diploma de Estudos Colegiais (DEC) e tem duração de três anos. Os pré-requisitos para ingressar no curso de Enfermagem dos CEGEPs são: ter o diploma de estudos secundários²⁸ e obtido êxito em áreas como química, ciências e tecnologia ou equivalentes (ORDRE DES INFIRMIÈRES ET INFIRMIERS DU QUÉBEC, 2017)

Outra modalidade de formação é por meio do BAC em Ciências da Enfermagem oferecido pelas nove universidades da província. Este curso titula a profissional como enfermeira clínica em cuidados gerais e nos seguintes domínios: cuidados intensivos, traumatologia, saúde comunitária, saúde mental, consultoria em enfermagem e tem duração de três anos. Os pré-requisitos para cursar o BAC são: possuir um DEC em ciências da natureza, ciências das letras ou ciências das artes. Porém, aqueles que possuem DEC em outras áreas podem ser avaliados pela universidade. A enfermeira que possui um DEC em cuidados gerais pode concluir o BAC em dois anos (ORDRE DES INFIRMIÈRES ET INFIRMIERS DU QUÉBEC, 2017).

O DESS permite a enfermeira ter o título de enfermeira clínica especializada em um determinado domínio. A condição para admissão da enfermeira neste curso é possuir o BAC em Ciências da Enfermagem. A duração do DESS depende de cada universidade (ORDRE DES INFIRMIÈRES ET INFIRMIERS DU QUÉBEC, 2017).

O Mestrado em Ciências da Enfermagem é uma formação clínica avançada, oferecido em nove universidades da província. Esta modalidade prepara a profissional para exercer a liderança em cuidados de enfermagem, realizar pesquisas e contribuir para o desenvolvimento da disciplina. Para ingressar no mestrado é necessário que a enfermeira possua um BAC em Ciências da Enfermagem (ORDRE DES INFIRMIÈRES ET INFIRMIERS DU QUÉBEC, 2017).

O Doutorado em Ciências da Enfermagem é oferecido em quatro universidades da província. O curso possibilita à enfermeira uma sólida formação em

²⁷ CEGEPs: Oferecem o primeiro nível de educação superior na província do Québec, por meio de cursos pré-universitários que preparam o estudante para a formação acadêmica subsequente ou cursos superiores de tecnologia que conduzem estudantes ao mercado de trabalho ou a graduação (LES CEPEPS DU QUEBEC, 2017).

²⁸ Estudos secundários na província do Québec correspondem ao ensino médio no Brasil.

pesquisa, preparando-a para tornar-se uma pesquisadora autônoma, uma professora pesquisadora em uma universidade, em centros de pesquisa ou em organizações nacionais e internacionais. A condição para admissão no doutorado é possuir o Mestrado em Ciências da Enfermagem (ORDRE DES INFIRMIÈRES ET INFIRMIERS DU QUÉBEC, 2017).

Ressalta-se que, para ingressar no DESS, no Mestrado e no Doutorado em Ciências da Enfermagem, as universidades podem aceitar outro perfil de formação anterior, levando em consideração a prática profissional em cuidados de enfermagem (ORDRE DES INFIRMIÈRES ET INFIRMIERS DU QUÉBEC, 2017).

O recrutamento das enfermeiras de ligação aconteceu com a autorização expressa do CHUM e do CHU. Foi facilitado por meio do apoio de duas pesquisadoras parceiras do Canadá com conhecimento acerca do objeto de estudo e das enfermeiras de ligação.

Em Montréal foi agendada uma reunião informativa com as enfermeiras de ligação em que a orientadora desta pesquisa explicou os objetivos da pesquisa, a forma de coleta de dados e enfatizou sobre a participação voluntária das enfermeiras na pesquisa. Na cidade de Québec, o chefe das enfermeiras de ligação fez uma reunião com as enfermeiras de ligação e prestou as mesmas informações citadas anteriormente.

Posteriormente, os chefes das enfermeiras de ligação enviaram à orientadora desta pesquisa o endereço eletrônico institucional das enfermeiras de ligação. A seguir, a doutoranda enviou um convite para as 36 enfermeiras de ligação, via plataforma eletrônica *Survey Monkey*. Não foram estabelecidos critérios de inclusão e exclusão.

Dos 36 convites enviados, 24 enfermeiras aceitaram a participar da pesquisa e enviaram o questionário dentro do período estabelecido. Destes, um foi excluído, pois estava incompleto. Após exaustivas leituras dos 23 questionários, percebeu-se a saturação dos dados. Assim, a população foi de 36 e a amostra totalizou 23.

Na pesquisa qualitativa, segundo Polit, Beck e Hungler (2004, p.237):

O tamanho da amostra deve ser determinado a partir da necessidade de informações. Assim, um princípio orientador na amostragem é a saturação dos dados (isso é, amostrar até o ponto em que não é obtida nenhuma informação nova e é atingida a redundância). Normalmente é possível chegar à redundância com um número relativamente pequeno de casos, se a informação de cada um tiver profundidade suficiente.

O recrutamento dos chefes das enfermeiras de ligação do CHUM e do CHU foi facilitado por meio do apoio de duas pesquisadoras parceiras do Canadá, que forneceram o endereço eletrônico dos profissionais à orientadora desta pesquisa. Posteriormente, esta enviou um e-mail explicando os objetivos da pesquisa e convidando os chefes a participar. Como os dois concordaram em participar a população totalizou dois. Não foram estabelecidos critérios de inclusão e exclusão.

4.5 COLETA DE DADOS

O instrumento utilizada para a coleta de dados com as enfermeiras de ligação foi um questionário semiestruturado (APÊNDICE 1) que podia ser respondido, preferencialmente, via plataforma eletrônica *SurveyMonkey* ou impressa em papel, caso a participante preferisse. O *SurveyMonkey* consiste em uma ferramenta eletrônica de acesso privado, que tem como proposta a criação, aplicação, coleta e análise dos dados via internet, com privacidade e segurança dos dados (*SURVEY MONKEY*, 2015).

Após participarem da reunião informativa, cada enfermeira de ligação recebeu um e-mail com o convite para participar da pesquisa, onde ao clicar em “iniciar questionário”, ela era direcionada à plataforma *Survey Monkey* com a abertura imediata do (TCLE) (APÊNDICE 3 e 4). Após ler o TCLE e concordar com tal documento, clicando na opção sim, a participante tinha acesso ao questionário da pesquisa. Caso não concordasse, clicando na opção não, automaticamente a plataforma era encerrada.

A coleta de dados ocorreu em março e abril de 2016 para as enfermeiras do CHUM e em maio e junho de 2016 para as enfermeiras do CHU. Isto porque o e-mail institucional das enfermeiras foi recebido em datas diferentes. Foi estabelecido o prazo de 15 dias para os participantes preencherem e enviarem o questionário, após o recebimento do convite. Para os participantes que não responderam neste prazo, foi enviado novamente um lembrete eletrônico até a terceira tentativa, com intervalo de 15 dias.

O questionário impresso em papel foi uma exigência do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) das instituições coparticipantes, a fim de respeitar as enfermeiras que não se sentissem à vontade em utilizar o *SurveyMonkey*. Caso a enfermeira de

ligação expressasse o desejo de responder o questionário no papel, foi estabelecido o seguinte fluxo: envio do questionário e do TCLE à participante da pesquisa via e-mail, envio do TCLE e do questionário respondido pela participante para o e-mail criado especificamente para esta pesquisa. Vinte e dois questionários foram respondidos via plataforma *Survey Monkey* e um no questionário impresso

O questionário foi construído com base nos objetivos da pesquisa e na literatura sobre o tema. Foi composto por questões para a caracterização das participantes da pesquisa e por 43 questões abertas e fechadas. Foi traduzido do português para o francês por duas pessoas que se enquadraram nos seguintes critérios: ser enfermeira, ter conhecimento no tema da pesquisa, ser fluente em português e em francês. De acordo com Mamede e Prudêncio (2015), a tradução inicial deve ser realizada por, no mínimo, dois tradutores diferentes, reduzindo o risco de vieses linguístico, cultural e de compreensão teórica e prática.

Na sequência, foi realizado o teste piloto do instrumento via e-mail com duas enfermeiras de ligação canadenses que não fizeram parte da amostra da pesquisa. Após os devidos ajustes, foi enviado para uma terceira enfermeira para um último teste piloto. O teste piloto é realizado com um grupo de pessoas que são semelhantes àquelas que serão estudadas na investigação maior. O objetivo desse teste é determinar a qualidade do instrumento como um todo, bem como a variação das respostas em cada questionamento (LOBIONDO-WOOD, HABER, 2001).

Para os chefes das enfermeiras de ligação foi utilizada uma entrevista semiestruturada (APÊNDICE 2), que poderia ser realizada pessoalmente ou por videoconferência. Assim, uma entrevista foi realizada em março de 2016, por videoconferência, autorizada pelo participante e uma em abril de 2016, pessoalmente. A duração das entrevistas foi cerca de 30 minutos.

A entrevista é uma técnica de coleta de dados em que o pesquisador se apresenta ao investigado e lhe faz questionamentos, com a finalidade de obter informações que dizem respeito à pesquisa. É, portanto, um diálogo entre duas partes, onde uma delas busca dados e a outra os concede (GIL, 2011). Este tipo de coleta de dados envolve um planejamento aberto, o que tem interessado aos pesquisadores e passou a ser amplamente utilizado. Estima-se que o ponto de vista dos participantes sejam melhor expresso em uma entrevista com planejamento aberto do que em uma entrevista padronizada (FLICK, 2009).

A entrevista foi construída com base nos objetivos na pesquisa e na literatura sobre o tema. Foi composta por questões para a caracterização dos participantes da pesquisa e oito perguntas abertas. As entrevistas foram gravadas em dispositivo de áudio, em consonância com as participantes, e posteriormente transcritas para um documento no formato *Microsoft Word*®.

O instrumento para a coleta dos dados com os chefes das enfermeiras de ligação foi traduzido do português para o francês por uma pesquisadora, enfermeira e fluente em português e francês.

4.6 ANÁLISE DOS DADOS

Antes de iniciar a análise, os dados foram traduzidos do Francês para o Português por duas pessoas fluentes em Português e Francês, sendo que uma delas é enfermeira. As dúvidas quanto a determinados termos e siglas foram sanadas durante o estágio de pesquisa no Québec pela supervisora do estágio e por uma enfermeira de ligação de nacionalidade brasileira, e também, durante a apresentação dos resultados preliminares desta pesquisa aos chefes das enfermeiras de ligação em Montréal, pela orientadora desta pesquisa, e em Québec pela doutoranda e pela Dra. Judith Lapierre, docente que supervisionou o estágio de doutoramento no Québec.

A análise dos dados foi orientada por meio de uma matriz com categoria de análise pré-definidas (APÊNDICE 5) a partir dos objetivos específicos da pesquisa e da literatura sobre o tema. As categorias de análise, pré-definidas, foram: recrutamento e seleção das enfermeiras para o cargo de ligação, atributos das enfermeiras para o cargo de ligação, aquisição dos conhecimentos para atuar no cargo de ligação, desafios na coordenação do cargo de ligação, competências para atuar no cargo de ligação, identificação do paciente que necessita do serviço de ligação, planejamento da alta hospitalar, transferência das informações entre o hospital e os demais serviços, elementos que dificultam as práticas das enfermeiras de ligação, elementos que facilitam as práticas das enfermeiras de ligação.

A metodologia empregada para a análise dos dados foi análise de conteúdo que compreende o “conjunto de técnicas da análise das comunicações” e envolve três etapas: pré-análise; exploração do material; tratamento dos dados e interpretação (BARDIN, 2011, p.37).

A pré-análise refere-se à organização propriamente dita. Tem o objetivo de operacionalizar e sistematizar as ideias iniciais, de modo a conduzir a um esquema preciso do desenvolvimento dos procedimentos seguintes, num plano de análise. Assim, nesta etapa, os dados foram reunidos em arquivo Microsoft Word® e realizadas as leituras flutuantes, a fim de conhecer o texto e deixar-se invadir pelas impressões e orientações, assim como estabelecer os indicadores ou as frases significativas para a próxima fase (BARDIN, 2011).

A seguir, foi realizada a exploração do material que consiste na codificação, considerando-se os recortes dos textos em unidades de registros²⁹ e a classificação em categorias³⁰. A codificação é a transformação dos dados brutos, por meio do recorte, agregação, e numeração em uma representação do conteúdo, suscetível de esclarecer o analista acerca das características do texto. A categorização semântica consistiu na classificação de elementos constitutivos de um conjunto por diferenciação e, posteriormente, por reagrupamento das unidades de registro comuns (BARDIN, 2011).

A categorização pode ser realizada de duas maneiras: a primeira delas é o procedimento por “caixas”, em que o sistema de categorias é fornecido e dividem-se os elementos conforme vão sendo encontrados; a outra maneira é o procedimento por “acervo”, em que o sistema de categoria não é fornecido e deriva da classificação analógica e progressiva dos elementos (BARDIN, 2011). Nesta pesquisa, optou-se pela categorização do tipo “caixas”, ou seja, as unidades de registro foram condensadas de acordo com as categorias pré-definidas, o que não abarcou somente os pontos em comum, mas também a variação natural dos dados (POLIT; BECK, 2011), que resultou nas subcategorias.

A terceira etapa consiste no tratamento dos resultados, inferências e interpretação. Nesta etapa, os resultados são tratados de forma a serem significativos e válidos; em seguida, pode-se indicar as inferências e antecipar interpretações a propósito dos objetivos previstos, ou mesmo os que dizem respeito a outros achados inesperados (BARDIN, 2011).

²⁹ “É a unidade de significação codificada e corresponde ao segmento do conteúdo considerado de base, visando a categorização” (BARDIN, 2011, p. 134).

³⁰ As categorias são classes que agregam um grupo de elementos sob um título genérico, agrupamento este realizado em virtude das características comuns destes elementos (BARDIN, 2011).

Para finalizar os aspectos metodológicos da pesquisa, apresenta-se o QUADRO 3

QUADRO 3 - SÍNTESE DOS ASPECTOS METODOLÓGICOS DA PESQUISA

DESENHO E ABORDAGEM	➤ Pesquisa exploratória, qualitativa.
PARTICIPANTES DA PESQUISA	➤ Enfermeiras de ligação. 23 enfermeiras de ligação.
	➤ Chefes das enfermeiras de ligação. Dois chefes.
LOCAL DA PESQUISA	➤ Centro Hospitalar Universitário de Montréal (CHUM) ➤ Centro Hospitalar Universitário de Québec (CHU).
COLETA DE DADOS	➤ Enfermeiras de ligação Questionário semiestruturado via Survey Monkey ou impresso em papel
	➤ Chefes das enfermeiras de ligação Entrevista semiestruturada
ANÁLISE DOS DADOS	➤ Matriz de análise com categorias pré-definidas. ➤ Análise de conteúdo (Bardin).
ASPECTOS ÉTICOS	➤ Aprovado pelos seguintes comitês e centros: - Comitê de Ética em Pesquisa da UFPR, parecer número: 1.426.575 - CHUM- número: 888. 681. - CHU- número: 2015-2016-9012.
	➤ Aplicação do TCLE.
	➤ Identificação das enfermeiras de ligação (EL1, EL 2...).
	➤ Identificação dos chefes das enfermeiras de ligação (CL1, CL2)

FONTE: O autor (2016).

5 RESULTADOS

Neste capítulo, apresenta-se os resultados derivados da coleta de dados da pesquisa. Inicia-se com a caracterização das participantes e, na sequência, aborda-se as categorias e as subcategorias, as quais foram organizadas em quadros resumos.

5.1 CARACTERIZAÇÃO DAS ENFERMEIRAS DE LIGAÇÃO

Para a caracterização das enfermeiras de ligação, considerou-se à idade, o sexo, o tempo de exercício na enfermagem, o tempo como enfermeira de ligação, o número de dias trabalhados na semana, o número de horas trabalhadas por dia e o último diploma obtido. Conforme mostra a Tabela 1.

TABELA 1 - DISTRIBUIÇÃO DAS ENFERMEIRAS DE LIGAÇÃO QUANTO À IDADE, SEXO, TEMPO DE EXERCÍCIO COMO ENFERMEIRA, TEMPO COMO ENFERMEIRA DE LIGAÇÃO, NÚMERO DE DIAS TRABALHADOS NA SEMANA, NÚMERO DE HORAS TRABALHADAS POR DIA E ÚLTIMO DIPLOMA OBTIDO

CARACTERIZAÇÃO DAS ENFERMEIRAS DE LIGAÇÃO	N	%
Idade		
25 - 34 anos	7	30,43
35 - 44 anos	9	39,14
45 - 54 anos	7	30,43
Total	23	100
Sexo		
Feminino	17	73,91
Masculino	6	26,09
Total	23	100
Tempo de exercício como enfermeira		
07 - 10 anos	8	34,78
11 - 20 anos	8	34,78
21 - 30 anos	5	21,74
31 anos ou mais	2	8,70
Total	23	100
Tempo como enfermeira de ligação		
01 - 05 anos	8	34,78
06 - 10 anos	11	47,82
11 - 15 anos	2	8,70
21 anos ou mais	2	8,70
Total	23	100

TABELA 1 - DISTRIBUIÇÃO DAS ENFERMEIRAS DE LIGAÇÃO QUANTO À IDADE, SEXO, TEMPO DE EXERCÍCIO COMO ENFERMEIRA, TEMPO COMO ENFERMEIRA DE LIGAÇÃO, NÚMERO DE DIAS TRABALHADOS NA SEMANA, NÚMERO DE HORAS TRABALHADAS POR DIA E ÚLTIMO DIPLOMA OBTIDO

		(conclusão)	
CARACTERIZAÇÃO DAS ENFERMEIRAS DE LIGAÇÃO		N	%
Número de horas trabalhadas por dia			
7 horas e 25 minutos		18	78,26
7 horas e 15 minutos		3	13,04
8 horas		1	4,35
Conforme a demanda		1	4,35
Total		23	100
Último diploma obtido			
Bacharelado em enfermagem		22	95,65
Mestrado		1	4,35
Total		23	100

FONTE: O autor (2016).

5.2 CARACTERIZAÇÃO DOS CHEFES DAS ENFERMEIRAS DE LIGAÇÃO

Para a caracterização dos chefes das enfermeiras de ligação, considerou-se à idade, o sexo, a profissão³¹, o tempo de exercício na profissão, o tempo como chefe das enfermeiras de ligação e o último diploma obtido. Conforme mostra a Tabela 2.

TABELA 2 - DISTRIBUIÇÃO DOS CHEFES DAS ENFERMEIRAS DE LIGAÇÃO À QUANTO IDADE, SEXO, PROFISSÃO, TEMPO DE EXERCÍCIO NA PROFISSÃO, TEMPO COMO CHEFE DAS ENFERMEIRAS DE LIGAÇÃO E ÚLTIMO DIPLOMA OBTIDO

		(continua)	
CARACTERIZAÇÃO DOS CHEFES DAS ENFERMEIRAS DE LIGAÇÃO		N	%
Idade			
50-55 anos		2	100
Total		2	100
Sexo			
Feminino		1	50
Masculino		1	50
Total		2	100
Profissão			
Enfermeira		1	50
Fisioterapeuta		1	50
Total		2	100
Tempo de exercício na profissão			
32 anos		1	50
28 anos		1	50
Total		2	100
Tempo como chefe das enfermeiras de ligação			
5 meses		1	50
3 anos		1	50
Total		2	100

³¹O chefe das enfermeiras de ligação pode ser formado em qualquer área da saúde.

TABELA 2 - DISTRIBUIÇÃO DOS CHEFES DAS ENFERMEIRAS DE LIGAÇÃO QUANTO À IDADE, SEXO, PROFISSÃO, TEMPO DE EXERCÍCIO NA PROFISSÃO, TEMPO COMO CHEFE DAS ENFERMEIRAS DE LIGAÇÃO E ÚLTIMO DIPLOMA OBTIDO

(conclusão)		
CARACTERIZAÇÃO DOS CHEFES DAS ENFERMEIRAS DE LIGAÇÃO	N	%
Último diploma obtido		
Bacharelado em enfermagem	1	50
Mestrado	1	50
Total	2	100

FONTE: O autor (2016).

5.3 QUADROS RESUMOS DAS CATEGORIAS E SUBCATEGORIAS

A seguir, apresenta-se os Quadros resumos 4, 5, 6 das categorias e subcategorias. As categorias e subcategorias, com exemplos dos extratos das mensagens dos participantes podem ser consultadas no Apêndice 6.

QUADRO 4 – QUADRO RESUMO: CATEGORIA E SUBCATEGORIAS RELACIONADAS AO CARGO DE LIGAÇÃO

CATEGORIAS	SUBCATEGORIAS
Recrutamento e seleção das enfermeiras para o cargo de ligação.	Recrutamento interno.
	Processo de seleção.
Atributos das enfermeiras para o cargo de ligação.	Experiência clínica.
	Autonomia.
	Conhecimento da rede de saúde.
Aquisição dos conhecimentos para atuar no cargo de ligação.	Educação formal.
	Documentos de referência e um banco de dados.
	No cotidiano da profissão.
Desafios na coordenação do cargo de ligação.	Absenteísmo das enfermeiras de ligação.
	Não preenchimento do sistema informático pelas enfermeiras que realizam a alta hospitalar no fim de semana.
Competências para atuar no cargo de ligação.	Julgamento clínico.
	Visão holística do paciente.
	Liderança.
	Comunicação.
	Flexibilidade.
	Gestão de prioridades.
	Trabalho em equipe.
	Criatividade
	Advogar pelo paciente.
	Autonomia.
Desenvolvimento das competências pelas enfermeiras de ligação.	Gestão do estresse.
	Educação formal
	No cotidiano da profissão.

FONTE: O autor (2017).

QUADRO 5 - QUADRO RESUMO: CATEGORIAS E SUBCATEGORIAS RELACIONADAS ÀS ATIVIDADES DAS ENFERMEIRAS DE LIGAÇÃO NA ATENÇÃO HOSPITALAR

CATEGORIAS	SUBCATEGORIAS
Identificação do paciente que necessita do serviço de ligação.	Busca ativa pela enfermeira de ligação ou em colaboração com enfermeiras que ocupam outros cargos.
	Identificação pela enfermeira de ligação nas reuniões multidisciplinares e ao dialogar com enfermeiras que ocupam outros cargos.
	Identificação pelos demais profissionais da equipe assistencial.
	Identificação pela família do paciente.
Planejamento da alta hospitalar.	O início do planejamento da alta hospitalar.
	Possíveis coordenadores do planejamento da alta.
	As dimensões da avaliação do paciente.
	A inserção da família no planejamento da alta hospitalar.
	O papel da família no planejamento da alta e após alta hospitalar
	Principais elementos incluídos no planejamento de alta hospitalar
Transferência das informações entre o hospital e os demais serviços da rede.	Envio do formulário de contrarreferência pela enfermeira de ligação à regulação.
	Documentos entregues ao paciente na alta hospitalar.

FONTE: O autor (2017).

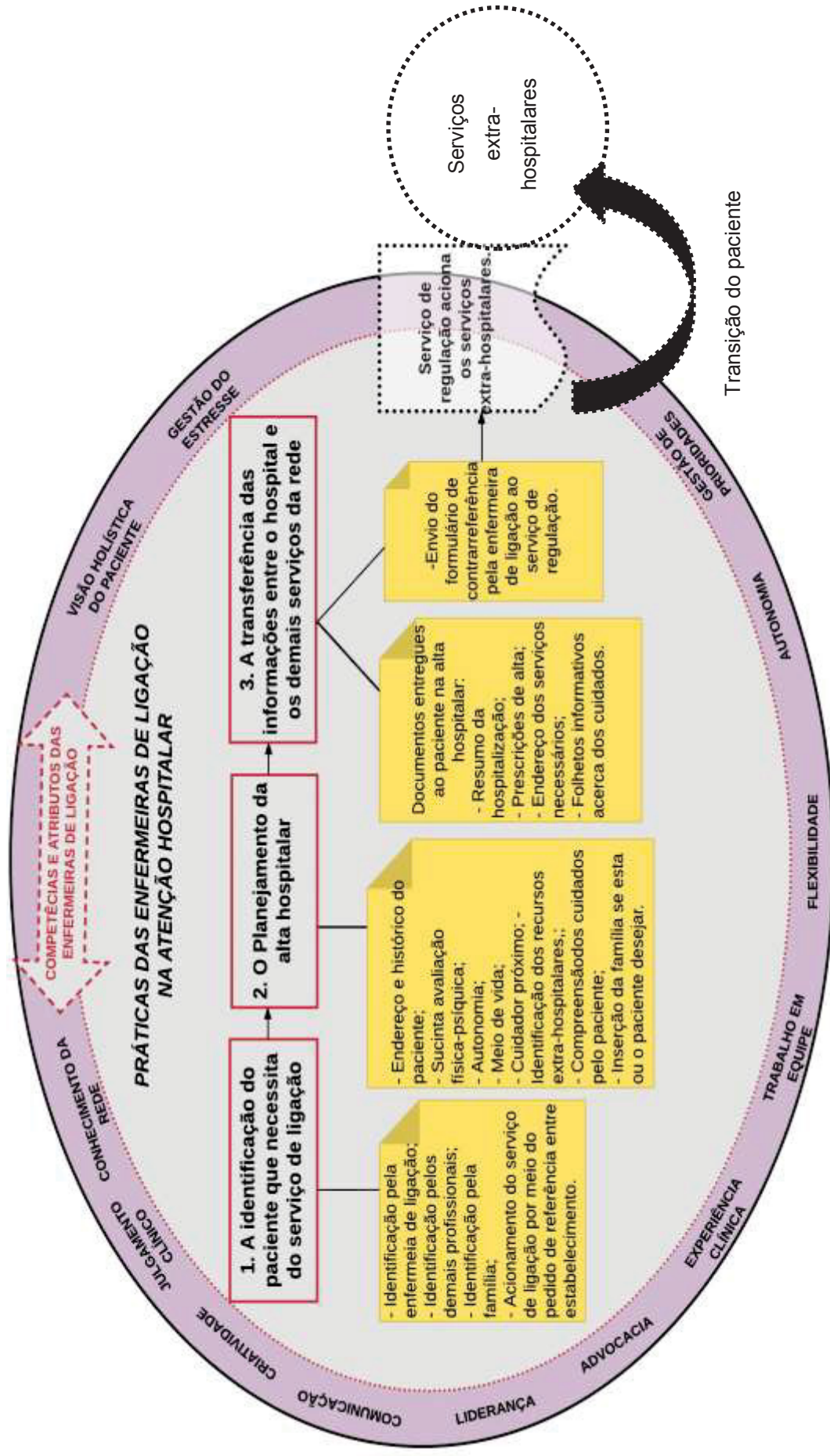
QUADRO 6 – QUADRO RESUMO: CATEGORIAS E SUBCATEGORIAS RELACIONADAS AOS ELEMENTOS QUE DIFICULTAM E FACILITAM AS PRÁTICAS DAS ENFERMEIRAS DE LIGAÇÃO

CATEGORIAS	SUBCATEGORIAS
Elementos que dificultam as práticas das enfermeiras de ligação.	Dificuldades relacionadas aos serviços extra-hospitalares.
	Dificuldades relacionadas ao processo de trabalho.
	Insuficiente colaboração com o papel da enfermeira de ligação.
	Complexidade dos pacientes.
Elementos que facilitam as práticas das enfermeiras de ligação	Processo de cuidado centrado no paciente.
	Participação da família.
	Compreensão do papel das enfermeiras de ligação pela equipe assistencial.
	Recursos informáticos.

FONTE: O autor (2017).

A seguir, apresenta-se a síntese gráfica dos resultados da pesquisa (FIGURA 6), que resume as atividades desenvolvidas pelas enfermeiras de ligação na atenção hospitalar para a continuidade do cuidado ao paciente após a sua alta hospitalar. A figura também mostra as competências e atributos essenciais para exercer o cargo de enfermeira de ligação.

FIGURA 6 – SÍNTESE GRÁFICA DOS RESULTADOS DA PESQUISA



FONTE: O autor (2017).

6 DISCUSSÃO

Neste capítulo, apresenta-se a discussão dos resultados da pesquisa, a qual foi organizada em cinco subcapítulos. Sendo eles: 6.1 Caracterização das enfermeiras de ligação; 6.2 O cargo de ligação: recrutamento, atributos e desafios; 6.3 As competências para atuar no cargo de ligação e como estas são desenvolvidas; 6.4 As atividades das enfermeiras de ligação na atenção hospitalar; 6.5 Elementos que dificultam e facilitam as práticas das enfermeiras de ligação.

6.1 CARACTERIZAÇÃO DAS ENFERMEIRAS DE LIGAÇÃO

A maioria das enfermeiras de ligação, nove (39,14%), possuía de 35 a 44 anos. O número de enfermeiras de 25 a 34 anos e de 45 a 54 anos foi o mesmo, sete (30,43%). Verifica-se que o número de enfermeiras em cada uma das três faixas etária foi muito semelhante. Dados do relatório estatístico de 2014-2015 acerca do efetivo de enfermeiros e enfermeiras do Québec e suas regiões, apontam que o número de profissionais nas faixas etárias, 25 a 34 anos, 35 a 44 e 45 a 54 anos foi muito semelhante com 17,629, 17,098 e 17,192 profissionais respectivamente (ORDRE DES INFIRMIERES DU QUEBEC, 2015).

Quanto ao sexo, 17 (73,91%) das participantes eram mulheres, o que vai ao encontro do relatório estatístico de 2014-2015, pois a proporção de mulheres na Enfermagem do Québec foi de 89,3% (ORDRE DES INFIRMIERES DU QUEBEC, 2015) o que não difere do Brasil, pois, na maioria dos estados brasileiros, mais de 80% dos profissionais da equipe de enfermagem são do sexo feminino, com destaque para o estado de Pernambuco em que a equipe de enfermagem é formada por mais de 90% de mulheres (COFEN, 2015).

Dentre as enfermeiras de ligação, 15 (65,22%) possuíam onze ou mais anos de experiência na Enfermagem. A maioria, 11 (47,82%), atuava de 06 a 10 anos como enfermeira de ligação. Assim, mais da metade das participantes trabalharam 11 anos ou mais na enfermagem, antes de assumirem o papel de enfermeira de ligação, o que evidencia que, para o exercício deste cargo, é essencial ter experiência na profissão.

6.2 CARGO DE LIGAÇÃO: RECRUTAMENTO, ATRIBUTOS E DESAFIOS

Neste subcapítulo são discutidas as categorias: **7.2.1 Recrutamento e seleção para o cargo de ligação; 7.2.2 Atributos das enfermeiras para exercer o cargo de ligação; 7.2.3 A aquisição dos conhecimentos para atuar no cargo de ligação; 7.2.4 Os desafios na coordenação do cargo de ligação.**

6.2.1 Categoria: Recrutamento e seleção para o cargo de ligação.

Esta categoria é composta por duas subcategorias, sendo elas: **recrutamento interno; processo de seleção.** De acordo com os chefes das enfermeiras de ligação para ocupar o cargo de ligação, as profissionais podem ser recrutadas por meio de um banco de potenciais candidatas, no qual são inscritas as profissionais com experiência no referido cargo. Outro modo de recrutamento é por meio da candidatura das enfermeiras que ocupam outros cargos na instituição hospitalar, especialmente, na área assistencial.

Assim, o recrutamento para o cargo de ligação é do tipo interno; quando a instituição busca preencher uma vaga por meio do remanejamento de seus próprios profissionais. Em geral, este tipo de recrutamento acontece por meio da transferência, promoção e transferência com promoção (MELO et al., 2011; CHIAVENATO, 2009). Diversas instituições, antes de contratar ou recrutar candidatos externos, realizam uma investigação interna, na procura do profissional com competências para preencher o cargo disponível o que permite a promoção dos seus funcionários (MELO et al., 2011).

As vantagens do recrutamento interno são: maior rapidez no processo devido aos funcionários serem familiarizados à cultura organizacional, maior economia pelo fato da divulgação da vaga acontecer apenas no âmbito da organização; construção de uma relação positiva entre o funcionário e a instituição, estímulo ao autoaperfeiçoamento e a competitividade saudável entre os profissionais, diminuição da margem de erro, já que o profissional é conhecido pela instituição (BANOV, 2010; CHIAVENATO, 2009). As desvantagens são: conflitos de interesse e desânimo, caso o colaborador não consiga o cargo desejado (CHIAVENATO, 2009).

Seguido do processo de recrutamento vem o de seleção que consiste em escolher e filtrar, entre os candidatos recrutados, aqueles que possuem maior

probabilidade de se aquedar ao cargo (CHIAVENATO, 2009). A seleção das candidatas ao cargo de ligação engloba um conjunto de técnicas, tais como: prova escrita; simulação de uma situação e avaliação do *curriculum vitae*, o que vai ao encontro da literatura, pois conforme Peres, Leite e Gonçalves (2011), diversas técnicas são utilizadas nos processos seletivos como a análise de currículo, a prova teste, a prova prática, a prova dissertativa, a entrevista, o teste de personalidade, os testes de simulação, a dinâmica de grupo, entre outras.

A escolha das técnicas adequadas deve ser fundamentada pelos critérios de seleção a fim de proporcionar o levantamento de dados específicos sobre os candidatos, com a finalidade de mensurar e avaliar tanto a capacidade técnica quanto as competências pessoais. Além disso, a elaboração dos critérios de um processo de seleção necessita englobar os aspectos éticos, legais, assegurando a justiça do processo (PERES; LEITE; GONÇALVES, 2011).

6.2.2 Categoria: Atributos das enfermeiras para exercer o cargo de ligação.

Esta categoria é composta por três subcategorias, sendo elas: **experiência clínica; autonomia e conhecimento da rede.**

As práticas clínicas das enfermeiras são reflexos das suas experiências que podem vir do mundo físico e do mundo experiencial. O mundo físico diz respeito ao que é visível, ou seja, do que pode ser observado como: a temperatura do paciente; a textura da pele; o tipo de equipamento que está fazendo uso, se este está funcionando ou não, entre outros. O mundo experiencial abarca a subjetividade como: a linguagem corporal, as expressões faciais, o julgamento acerca do humor, da condição física e emocional do paciente (GOTTlieb, 2013).

As enfermeiras se utilizam das experiências concretas do passado para guiar as suas percepções e ações em uma situação presente. Quanto maior for a vivência prática em uma determinada área da profissão, mais avançado será o nível de competência do profissional e melhor solucionará as situações (BENNER, 2001).

A autonomia é vista como um atributo pessoal da enfermeira. Relaciona-se diretamente à tomada de decisão para a condução das ações de enfermagem; é ainda, uma peça fundamental para a preservação das conquistas legais da enfermagem (SANTOS; MONTEZELI; PERES, 2012). A verdadeira autonomia da enfermagem decorre de uma iniciativa tomada e, ainda, da capacidade de criação e

o poder de tomar decisões frente às ocasiões inesperadas, mesmo que no âmbito organizacional exista uma previsão e prescrição comum para tais ocorrências (BELLAGUARDA et al., 2013).

Quanto maior a autonomia da enfermeira, melhor delineados são os processos de trabalho da enfermagem, e mais chances ela terá em trabalhar pautada no conhecimento técnico e científico, em seu julgamento clínico e poder decisório; elementos esses fundamentais para a manutenção da autonomia da profissional (KRAEMER; DUARTE; KAISER, 2011).

O conhecimento da rede de saúde implica em saber acerca da regulação dos serviços, processos de gestão clínica, acesso aos serviços, recursos humanos, sistemas de informação, comunicação, apoio logístico, os quais são considerados como essências para o funcionamento eficaz do sistema de referência e contrarreferência (COSTA et al., 2014; SERRA; RODRIGUES, 2010). Além disso, para Merhy (2002), quando os profissionais conhecem a rede eles tendem a ser mais comprometidos e implicados no cuidado às pessoas.

6.2.3 Categoria: Aquisição dos conhecimentos para atuar no cargo de ligação

Esta categoria é composta de três subcategorias: **educação formal; documentos de referência e um banco de dados; no cotidiano da profissão.**

A maioria das enfermeiras de ligação tem conhecimento acerca dos serviços e dos recursos disponíveis aos pacientes. Quando admitidas no cargo de ligação, elas recebem uma capacitação inicial durante o período de trinta dias; após este período, elas participam de atualizações, principalmente quando a rotina dos serviços da rede é alterada. Assim, entende-se que as instituições hospitalares onde as enfermeiras de ligação trabalham possuem um programa de educação continuada³², que envolve uma capacitação inicial a qual tem como objetivo a propagação das normas, rotinas, procedimentos e a manutenção de diretrizes assistenciais elaboradas para a oferta de um cuidado uniforme e qualificado e,

³² “Compreende-se educação continuada como um processo que impulsiona a transformação da organização, criando oportunidades de capacitação e de desenvolvimento pessoal e profissional, dentro de uma visão crítica e responsável da realidade, resultando na construção de conhecimentos importantes para a organização, para a profissão e para a realidade”. (PERES; LEITE; GONCALVES, 2011, p. 138).

ainda, com vista à formação de um profissional crítico reflexivo ético-político (BUCCHI et al., 2011).

As enfermeiras de ligação também remetem seus conhecimentos para atuar no cargo de ligação a sua formação universitária, o que aponta a importância do BAC para o exercício do referido cargo, já que este curso tem o objetivo de formar uma enfermeira clínica, capacitada para atuar em diversas áreas da Enfermagem e assumir ações mais complexas em relação à profissional com o título de DEC (ORDRE DES INFIRMIÈRES ET INFIRMIERS DU QUÉBEC, 2017).

Enfermeiras que atuam na perspectiva do cuidado de enfermagem baseado nas forças precisam adquirir e utilizar o conhecimento oriundo dos recursos formais, tais como: livros, artigos, trabalhos acadêmicos. Este conhecimento diz respeito aos conceitos, teorias e ideias (GOTTLIEB, 2013), as quais podem ser adquiridas durante a formação acadêmica.

As enfermeiras de ligação também possuem documentos de referência como protocolos, guias de referência e um banco de dados na forma de portal com os serviços e os recursos disponíveis aos pacientes. Acredita-se que a disponibilização destas ferramentas auxiliam as enfermeiras tanto para tomar conhecimento dos serviços e recursos disponíveis aos pacientes quanto para esclarecer dúvidas quanto à apropriada contrarreferência.

Um dos guias de referência utilizado pelas enfermeiras de ligação é o de serviços de apoio no domicílio, sendo o domicílio o primeiro local de escolha para contrarreferenciar os pacientes. Dentre os serviços de apoio oferecidos destacam-se: cuidados paliativos, cuidados de enfermagem, serviços médicos, de readaptação, de inaloterapia, entre outros. O guia também abarca os critérios de admissibilidade para os pacientes (CENTRE DE SANTÉ ET DE SERVICES SOCIAUX DES ÎLES, 2011).

Ressalta-se que os profissionais da área da saúde necessitam de informação para exercer o seu papel tanto na dimensão do cuidado quanto na dimensão gerencial. Assim, as suas práticas associam-se com a busca e o uso da informação e quanto melhor os sistemas informatizados são capazes de registrar, armazenar e disponibilizar esta informação, tanto melhor será o ato do profissional. A informação reflete diretamente na qualidade da tomada de decisão e como a decisão é um exercício frequente da prática dos profissionais de saúde os computadores e recursos tecnológicos podem auxiliar de forma direta e indireta (MARIN, 2010).

O conhecimento das enfermeiras de ligação acerca dos serviços e recursos para os pacientes também acontece no cotidiano da profissão. O que remete à aprendizagem social, conceituada como a aquisição de informações, conhecimentos, habilidades por meio da experiência que levam a aquisição de novos conhecimentos, desenvolvimentos de competências e habilidades. Aprendizagem social é resultado da observação de outras pessoas, imitação das ações ou comportamentos de outros e, ainda, das próprias experiências de tentativa e erro (GOTTLIEB, 2013).

Diante da heterogeneidade de informações, bem como as extensas necessidades de conhecimento nas mais distintas áreas, considera-se que seria tarefa quase impossível para a educação formal assegurar uma apropriada formação aos profissionais. Nesse contexto, a aquisição de conhecimentos é um compromisso pessoal a ser aprendido, adquirido com as mudanças de atitudes advindas das experiências vividas, por meio da relação com os outros, com o meio e com o trabalho (PASCHOAL; MANTOVANI; MÉIER, 2007).

6.2.4 Categoria: Desafios na coordenação do cargo de ligação

Esta categoria é composta por duas subcategorias, sendo elas: **absenteísmo das enfermeiras de ligação; não preenchimento do sistema informático pelas enfermeiras que realizam a alta hospitalar durante o fim de semana.**

A ausência das enfermeiras de ligação é destacada pelas suas chefias com um grande desafio. Entretanto, o absenteísmo é um fenômeno que ocorre em hospitais de diferentes países (MUDALY; NKOSI, 2015; KURCGANT et al., 2015; MARQUES et al., 2015; FORMENTON; MININEL; LAUS, 2015) e os enfermeiros gerentes têm um importante papel na redução destas ausências (MUDALY; NKOSI, 2015; KURCGANT et al., 2015; SANCINETTI et al., 2011).

Diversas podem ser as causas do absenteísmo nas instituições hospitalares, dentre elas: o adoecimento, a insatisfação com as condições institucionais, o relacionamento interpessoal inadequado, aumento da carga de trabalho e problemas familiares (KURCGANT et al., 2015; MUDALY; NKOSI, 2015; BAYDOUN; DUMIT; DAOUK-ÖYRY, 2016). De acordo com estatísticas a taxa de absenteísmo por doenças ou incapacidades entre os profissionais da Enfermagem do Québec foi

mais expressiva (8,8%), quando comparada por problemas familiares ou pessoais, (1,9%) (CANADÁ, 2012).

O absenteísmo-doença compromete a dinâmica organizacional, a equipe de enfermagem, promove uma sobrecarga de trabalho e interfere na qualidade da assistência aos usuários (MARQUES et al., 2015; FORMENTON; MININEL; LAUS, 2015) o que demanda o estudo das causas para a execução de estratégias de intervenção (FORMENTON; MININEL; LAUS, 2015). Enfermeiras gerentes apontaram algumas estratégias para enfrentar o absenteísmo por doença, como: organizar uma escala de trabalho mais flexível, adequar a carga de trabalho dos profissionais e promover a segurança no trabalho. Porém, a escassez de enfermeiras e as barreiras financeiras fazem com que estas não sejam viáveis em muitos lugares. Além do mais, a criação de relacionamentos positivos e um ambiente de trabalho amigável podem melhorar a fidelização com o local de trabalho e reduzir ausências por um quadro de doença simples ou até mesmo alguma atividade social (BAYDOUN; DUMIT; DAOUK-ÖYRY, 2016).

Entretanto, estudo que mensurou o absenteísmo da equipe de enfermagem em três organizações hospitalares apontou que, em cada uma delas, o absenteísmo se mostrou de forma regular e específica. Dessa forma, o monitoramento interno do absenteísmo em uma mesma instituição, durante o período estudado, demonstrou variação nos diferentes meses do ano e nas distintas unidades de serviço, determinando uma taxa média anual específica e orientando para decisões gerenciais próprias para cada cenário (KURCGANT et al., 2015).

Outro desafio enfrentado pelos chefes das enfermeiras de ligação é o não preenchimento do sistema informático pelas enfermeiras que realizam a alta hospitalar durante o fim de semana, quando não há enfermeiras de ligação na instituição hospitalar. Nessa situação, o paciente recebe a alta hospitalar, mas não é inscrito no sistema que sinaliza a contrarreferência para a regulação. No próximo dia útil, a enfermeira de ligação precisava se informar acerca dos pacientes que receberam alta hospitalar durante o final de semana e realizar toda a parte burocrática no sistema.

Percebe-se que a ausência da enfermeira de ligação durante os finais de semana pode ser uma dificuldade que afeta tanto a rotina desta profissional quanto à qualidade da contrarreferência do paciente, já que a documentação é enviada após a sua alta hospitalar. Além disso, o papel da enfermeira de ligação pode ser

subestimado pelas enfermeiras que organizam a alta no fim de semana, mas, não realizam a parte burocrática.

6.3 COMPETÊNCIAS PARA ATUAR NO CARGO DE LIGAÇÃO E COMO ESSAS SÃO DESENVOLVIDAS

Neste subcapítulo são discutidas as categorias: **6.3.1 Competências³³ para atuar no cargo de ligação; 6.3.2 Desenvolvimento das competências pelas enfermeiras de ligação.**

6.3.1 Categoria: Competências para atuar no cargo de ligação

Esta categoria é composta por 11 subcategorias, sendo elas: **juízo clínico; visão holística do paciente; liderança; comunicação; flexibilidade; gestão de prioridades; trabalho em equipe; criatividade; advogar pelo paciente; autonomia; gestão do estresse.**

O termo competência não é novo e tem sido utilizado sob várias concepções. (RUTHES; CUNHA, 2009). Na Enfermagem, competência pode ser entendida como “um conjunto de habilidades, atitudes, conhecimentos e processos complexos para a tomada de decisões”, o que demanda referência de um “saber fazer” pautado no mínimo em três dimensões, sendo eles: as conceituais ou de pensamento crítico como o conhecimento e a tomada de decisão, as interpessoais como os valores e as atitudes dos profissionais e, por fim, as habilidades técnicas (CÓNSUL-GIRIBET; MEDINA-MOYA, 2014, p. 725).

Outro autor conceitua competência como um saber agir complexo que se apoia na mobilização e combinação de conhecimentos, habilidades, atitudes e recursos externos, aplicados à certa família de situações. Assim, este conceito vai ao encontro do descrito anteriormente com uma ressalva, a consideração pelos recursos externos (TARDIF, 2006), ou seja, aqueles situados ao entorno do profissional como as informações, os equipamentos e as redes relacionais (LE BOTERF, 2003).

³³ Cabe salientar que quando perguntado quais competências as enfermeiras deveriam possuir para exercer o cargo, nem todas as respostas se encaixam nas definições conceituais de competências. Algumas podem ser caracterizadas mais como atributos do que competências, mas foi mantido este último termo.

De acordo com a *Association des Infirmières e Infirmier du Canadá* (2010) competência refere-se aos conjunto de conhecimentos teóricos, práticos e as características pessoais específicas que os profissionais da enfermagem devem possuir, a fim de desempenhar um papel com segurança, ética em um determinado ambiente.

Destaca-se que este último conceito de competência envolve as características pessoais das enfermeiras, o que vai ao encontro com alguns resultados desta pesquisa, quando as enfermeiras de ligação se referem à gestão do estresse, à advocacia e à autonomia. Além disso, acredita-se que dentre as competências há aquelas que se relacionam diretamente com a dimensão do cuidado para com o paciente, como exemplo, julgamento clínico, visão holística do paciente. Enquanto liderança, trabalho em equipe se relacionam com a dimensão gerencial do trabalho da enfermeira, demonstrando que para atuar como enfermeira de ligação é essencial um amplo e diversificado rol de competências.

O julgamento clínico, junto à tomada de decisão, são os pontos finais do processo de raciocínio clínico em que as enfermeiras tomam medidas de acordo com os problemas e preocupações dos pacientes (GOTTLIEB, 2013). O julgamento clínico é considerado a avaliação das alternativas para a resolução dos problemas, enquanto a decisão clínica é a escolha entre as alternativas (DOWIE 1993 apud GOTTLIEB, 2013).

O julgamento clínico é extremamente complexo (TANNER, 2006) e requer flexibilidade e habilidade em reconhecer os aspectos mais importantes de situações clínicas indefinidas, interpretar seus significados e responder de forma apropriada (TANNER, 2006; GOTTLIEB, 2013). Um bom julgamento clínico em enfermagem demanda entendimento não apenas da fisiopatologia e dos aspectos diagnósticos de uma doença, envolve a experiência do processo de adoecimento, vivenciado tanto pelo paciente quanto pela família e, ainda, suas forças físicas, sociais, emocionais e seus recursos de enfrentamento (TANNER, 2006).

Acredita-se que, para realizar um bom julgamento clínico, é essencial ter uma visão holística do paciente. Na enfermagem, o holismo representa um paradigma de cuidado (LEMOS et al., 2010). Abarca o entendimento da pessoa, da família, da comunidade, de suas forças e o que define a sua singularidade. Isto envolve conhecer a pessoa, sua família, sua história, seus desejos, seus objetivos, suas

esperanças, assim como, conhecer as suas respostas físicas e emocionais, sua condição clínica e de tratamento (GOTTLIEB, 2013).

Na visão de enfermeiras que atuavam no âmbito hospitalar, o holismo contribuiu para melhorar a relação entre o paciente e o profissional; suavizar as preocupações e sofrimentos dos pacientes e ofertar apoio aos acompanhantes. Todavia, más condições de trabalho, como déficit de recursos humanos, de infraestrutura e da distribuição das atividades entre as enfermeiras foram obstáculos para o exercício do holismo (LEMOS et al., 2010).

A liderança é a capacidade de influenciar pessoas, de forma a alcançar ou superar as metas propostas pela organização, por meio do investimento no desenvolvimento profissional e pelo respeito às diferenças (COREN-SP, 2009). É uma característica para determinadas pessoas, enquanto que para outras precisa ser conquistada, entretanto, continuamente, necessita ser aprimorada. Assim, enfatiza-se a necessidade de desenvolver alguns de atributos como responsabilidade, humildade, determinação, conhecimento organizacional, credibilidade, convencimento, senso de humor, bom relacionamento interpessoal, busca de conhecimento científico, resolutividade de problemas complexos (SILVA; CAMELO, 2013; GÓIAS et al., 2015).

As habilidades de comunicação abarcam as competências básicas dos profissionais de saúde e são elementos fundamentais para prestar uma boa assistência às pessoas (CÓNSUL-GIRIBET; MEDINA-MOYA, 2014), e a comunicação pode ser definida como a capacidade de utilizar o processo pelo qual acontece a interação interpessoal no compartilhamento de informações, conhecimentos, experiências, ideias e emoções; expressas por meio dos modos: verbal, não-verbal e paraverbal (COREN-SP, 2009).

Para Feldman e Ruthes (2011a), a comunicação verbal é expressa por meio da linguagem escrita ou oral, a não-verbal envolve todas as manifestações de gestos, posturas, expressões do corpo, e a paraverbal é a expressão de palavras com grunhidos, a entonação, o ritmo do discurso, a velocidade das palavras não faladas, o suspiro, o riso.

Para uma boa comunicação é essencial ter uma linguagem clara, objetiva, demonstrar interesse em quem está falando, eleger o local e o momento apropriado para falar, observar a linguagem não verbal e paraverbal, usar os meios de comunicação disponíveis a favor de uma comunicação eficiente e eficaz, criar uma

cultura da disseminação de informações, sem interferência dos ruídos de comunicação e, ainda, utilizar vocabulário adequado para o ambiente de trabalho (COREN-SP, 2009).

A flexibilidade refere-se à capacidade da enfermeira adaptar-se às transformações, ser receptiva às críticas e às sugestões, reconsiderar conceitos, concentrando-se nas metas institucionais e preservando seus valores profissionais. Para isto, é primordial ajustar-se à variedade dos objetivos, crenças e valores individuais; das metas organizacionais, com foco no paciente e aceitação das críticas, sugestões que tragam benefícios para os pacientes, para a equipe multidisciplinar e para a instituição (COREN-SP, 2009).

É essencial que a enfermeira pratique a flexibilidade, pois o processo de transformação é complexo e lento, demanda que a enfermeira atue com propriedade conforme cada situação. O profissional que detém esta competência reconhece o momento que necessita mudar ou ceder e o momento para manter a posição, todavia, desenvolver a flexibilidade não é uma tarefa fácil (HELITO, 2011).

O trabalho em equipe remete a capacidade de desenvolver a habilidade de interagir com os membros da equipe, por meio da articulação de ações que visam atingir os objetivos comuns e respeitar os limites, as necessidades e as diferenças entre as pessoas (COREN-SP, 2009). O trabalho em equipe pode conformar-se nos serviços de saúde como um espaço formal e institucionalizado ou pode configurar-se na fluidez dos encontros e das necessidades e demandas de atenção à saúde. (CARDOSO; HENNINGTON, 2011).

O agrupamento de profissionais de saúde em um determinado local, não necessariamente representa o trabalho em equipe. Muitas vezes, o trabalho em equipe manifesta-se em cenários e por meio de práticas, não totalmente isentas, mas distantes de prescrições ou normas disciplinares, pautado no encontro de diferentes profissionais, com distintas histórias, formações e experiências (CARDOSO; HENNINGTON, 2011).

A criatividade é a capacidade de encontrar uma maneira prática para solucionar um problema, sendo capaz de produzir invenções ou imaginar soluções com recursos disponíveis para resolver situações imprevistas (COMPETÊNCIAS GÉNÉRIQUES, 2017). A criatividade oxigena os profissionais, trazendo um hábito saudável para o ambiente organizacional (FELDMAN; RUTHES, 2011b). Ser criativo não significa refutar o pensamento racional, mas partir desse para elaborar novas

fórmulas para os problemas e suas soluções. A criatividade fomenta a inteligência, criando novos modos de pensar (DUTRA, 2004).

Advogar pelo paciente é um dos atributos das enfermeiras que trabalham na perspectiva do CBF; diz respeito à defesa dos pacientes e familiares e caracteriza-se como um dos papéis fundamentais da enfermagem. Em geral, os pacientes têm dificuldade em circular no sistema de saúde, por vezes, sentem-se intimidados e alheios a este. Desse modo, os pacientes precisam de um guia, um suporte, um advogado e as enfermeiras ao proteger, defender e prestar apoio aos pacientes e seus familiares desempenham o papel de advogadas (GOTTLLIEB, 2013).

As enfermeiras são mais propensas a desempenhar o papel de advogadas quando percebem que o direito de decisão de um paciente foi violado e pode prejudicar os cuidados desta pessoa ou quando as sugestões dos pacientes foram negadas, ignoradas ou desconsideradas (GOTTLLIEB, 2013).

Enfermeiras pareceram sentir-se encorajadas a advogar pelos interesses dos pacientes, mesmo em situações adversas. Para isto, elas utilizaram da parrésia e de mecanismos de resistência para assegurar a defesa dos interesses dos pacientes. A parrésia foi demonstrada pelo diálogo franco, pela coragem em dizer a verdade e interromper com situações que pareciam incontestáveis nos seus serviços (TOMASCHEWSKI-BARLEM et al., 2016).

Para cumprir o papel de advogada do paciente, as enfermeiras necessitam ter coragem e autoeficácia. A coragem porque abarca defender as crenças e lutar pelo que é correto, isto é uma tarefa que envolve exposição a riscos, superação dos próprios medos e perseverança. Autoeficácia é a crença de que a pessoa pode desempenhar um comportamento que produza um resultado positivo (GOTTLLIEB, 2013). Outros elementos como a estabilidade no emprego, a abertura ao diálogo com a instituição reforçam o exercício da advocacia e, ainda, do poder das enfermeiras (TOMASCHEWSKI-BARLEM et al., 2016).

A autonomia é vista como uma liberdade de ação na prática clínica pela qual a enfermeira é responsável. Assim, a autonomia representa a liberdade para tomar decisões pautadas nos conhecimentos clínicos. É um fenômeno único que abrange relações de proximidade com os pacientes e relações profissionais com os demais membros da equipe (RIBEIRO, 2009). Uma das formas das enfermeiras se sentirem mais autônomas no momento de decidir sobre o cuidado mais apropriado ao

paciente é por meio da atualização de seus conhecimentos (CÓNSUL-GIRIBET; MEDINA-MOYA, 2014).

Além do mais, de acordo com Lacerda (2002, p.112) “a autonomia ninguém dá para o profissional, ela é conquistada a cada situação e se manifesta pela responsabilidade, pelas decisões, pela postura, pelo comportar-se. A autonomia vem pela prática, pela experiência”.

Quanto à necessidade de gestão do estresse, destaca-se que na rotina diária as enfermeiras experimentam situações que podem contribuir para o bem-estar ou para o estresse no trabalho. O bem-estar abarca a sensação de sentir-se útil ao próximo e de ser reconhecida socialmente (RAINHO et al., 2015). Enquanto o estresse relaciona-se a diferentes questões, como: a sobrecarga de trabalho; os problemas de comunicação com os pacientes e com os colegas; a convivência com o sofrimento, a morte; incertezas quanto ao tratamento, entre outros (RAINHO et al., 2015; CRUZ; CRUZ; ABELLAN, 2016).

O nível de estresse entre enfermeiras também se relaciona ao tempo de formação, haja vista que os profissionais que estão no início da carreira apresentam maior nível de estresse do que aqueles com mais tempo na profissão, devido maior segurança técnica e controle das diversas situações enfrentadas no cotidiano. Sintomas de estresse encontrados em enfermeiras foram: alterações cardiovasculares, digestivas, musculoesqueléticas e diminuição da qualidade do sono (RATOCHINSKI et al., 2016).

Determinadas estratégias de enfrentamento contra o estresse podem ser adotadas pelos profissionais. Nesse sentido, enfermeiras que atuavam em uma instituição de oncologia compartilharam algumas destas estratégias, sendo as mais citadas, o uso da empatia, ou seja, colocar-se no lugar no paciente, não falar das questões estressantes do trabalho em casa, encontrar alguma maneira de relaxar, como, por exemplo: ler, fazer alguma atividade física, entre outras, tentar enxergar o lado bom das situações estressantes, manter o bom humor e conversar sobre dos problemas do trabalho com os colegas (MOUFADAL, 2014).

Em contrapartida, intervenções focadas na organização também são necessárias a fim de melhorar situações como sobrecarga de trabalho, problemas de comunicação entre os profissionais, entre outros. Nessa perspectiva, envolvem a modificação dos estressores do ambiente de trabalho, podendo incluir

transformações na estrutura organizacional, condições de trabalho e relações interpessoais no trabalho (CALDERERO; MIASSO; CORRADI-WEBSTER, 2008).

6.3.2 Categoria: Desenvolvimento das competências pelas enfermeiras de ligação.

Esta categoria é composta por duas subcategorias, sendo elas: **educação formal; no cotidiano da profissão.**

No modelo de desenvolvimento de competência clínica, há cinco níveis de competência: novato; iniciante avançado; proficiente; competente e expert. A progressão para a expertise é pautada em uma boa educação e nas situações clínicas vivenciadas pelos profissionais ao longo da carreira, assim a expertise é resultado da educação formal e da experiência (BENNER, 2001).

A aprendizagem que possibilita o domínio progressivo de uma determinada competência está distribuída no tempo e nos locais que implementem programas que invistam nesse desenvolvimento, os quais podem ocorrer tanto em ambientes formais quanto não formais (TARDIF, 2006).

De acordo com Gottlieb (2013) competências são desenvolvidas por meio da prática, ou seja, praticando uma habilidade, aperfeiçoando um talento, desenvolvendo uma capacidade. Práticas abarcam a repetição de uma atividade até que a pessoa alcance o melhor desempenho ou quando se sinta confortável para desenvolver tal atividade.

Além disso, para Gallani e Dallaire (2014, p. 10):

O hábito de reflexão sobre as situações clínicas vivenciadas, assim com a lacuna entre os resultados esperados e obtidos em respostas às intervenções de enfermagem, podem, significativamente, contribuir para o amadurecimento clínico do enfermeiro. Como esta reflexão deve estar embasada em evidências científicas, enfermeiros da prática clínica deveriam ser pressionados a ter um perfil de consumidor de literatura científica, assim como colaborador na produção de conhecimento científico. Isto garante o refinamento do seu conhecimento, bem como a legítima a pesquisa em Enfermagem, colocando os resultados de modo a alavancar a qualidade do cuidado em saúde prestado ao paciente, família e comunidade.

O conhecimento adquirido durante o exercício da profissão é um indicativo que gera habilidades, as quais podem trazer resultados positivos para os pacientes (OLIVEIRA et al., 2016). Estudos que buscaram entender como as enfermeiras adquiriram e desenvolveram competências para atuar em diferentes cargos

apontaram a experiência na profissão e a interação entre os pares modalidades bastante presentes (BOGO, 2013; AUED, 2016; TIRONI, 2014).

Enfermeiras avançam nos seus conhecimentos quando dialogam com seus pares, seus supervisores ou outros colegas sobre a sua própria experiência. Existem muitas formas de compartilhar experiências, incluindo conferências, apresentação de casos, pequenos grupos de discussão, entre outros (GOTTLIEB, 2013).

6.4 ATIVIDADES DESENVOLVIDAS PELAS ENFERMEIRAS DE LIGAÇÃO NA ATENÇÃO HOSPITALAR

Neste subcapítulo são discutidas as categorias: **6.4.1 A identificação do paciente que necessita do serviço de ligação; 6.4.2 O planejamento da alta hospitalar; 6.4.3 A transferência das informações entre o hospital e os demais serviços da rede.**

6.4.1 Categoria: Identificação do paciente que necessita do serviço de ligação.

Esta categoria é composta por cinco subcategorias, sendo elas: **busca ativa pela enfermeira de ligação ou em colaboração com enfermeiras que ocupam outros cargos; identificação pela enfermeira de ligação nas reuniões multidisciplinares e ao dialogar com enfermeiras que ocupam outros cargos; identificação pelos demais profissionais da equipe assistencial.**

A identificação do paciente que necessita do serviço de ligação pode ser realizada pelas enfermeiras de ligação por meio da busca ativa, em que elas rastream os pacientes já conhecidos do serviço de ligação pautada na lista diária dos pacientes hospitalizados. As enfermeiras de ligação também podem realizar a busca ativa junto às enfermeiras que ocupam outros cargos, o que vai ao encontro da ideia expressa por Weiss et al. (2015) em que todos os membros da equipe assistencial têm papéis e responsabilidades no processo da alta hospitalar.

O termo busca ativa é comum nas atividades de vigilância sanitária, epidemiológica e saúde do trabalhador; refere-se a ir à busca de pessoas com o objetivo de uma identificação sintomática, sobretudo, das doenças e agravos classificados como de notificação compulsória (BRASIL, 2005 apud LEMKE; SILVA,

2010). Entretanto, por esta visão, tem-se o sentido restrito do termo (LEMKE; SILVA, 2010; PEREIRA et al., 2013).

O termo busca ativa tem sido aplicado em outros contextos a fim de elucidar diferentes questões, como: conhecer o motivo do abandono do tratamento de pacientes psiquiátricos, delinear as principais demandas de cuidados de crianças com necessidades especiais na comunidade, investigar casos suspeitos de diabetes mellitus entre portadores de obesidade em uma unidade básica de saúde (PEREIRA et al., 2013; SILVA et al., 2015; FAUSTINO et al., 2011), sendo uma importante estratégia que pode ser utilizada tanto no campo da prática da enfermagem quanto nas investigações científicas.

As enfermeiras de ligação também identificam os pacientes por meio das reuniões multidisciplinares e ao dialogar com enfermeiras que ocupam outros cargos, o que é extremamente importante, já que nesses encontros é possível compreender a situação e estabelecer uma visão integrada e holística do paciente, trocar experiências a fim de tomar decisões que realmente melhorem a condição do paciente, seu autocuidado e, que ainda, colabore com os seus familiares (CARVALHO, 2014; SUZUKI; CARMONA; LIMA, 2011). A colaboração multidisciplinar é indispensável para a defesa/advocacia do paciente, para promoção da articulação com os serviços da rede com o paciente e sua família (CARVALHO, 2014).

O cuidado nas organizações de saúde, em geral, e no hospital, em particular, é necessariamente multiprofissional, ou seja, depende da conjugação do trabalho de vários profissionais. Este cuidado congrega um grande número de pequenos cuidados parciais que vão se complementando, de maneira mais ou menos consciente e negociada, entre os vários cuidadores que circulam e produzem a vida do hospital. E, no fim, o que caracterizará a maior ou menor integralidade da atenção recebida será a forma como se articulam essas práticas. (CARDOSO; HENNINGTON, 2011, p. 89).

Além disso, deve-se considerar que as práticas das enfermeiras são influenciadas pela sua interação com o ambiente de trabalho, a cultura e o clima organizacional. Ao mesmo tempo em que a interação da enfermeira com os colegas de profissão, médicos e pacientes influenciam nas suas próprias forças e vulnerabilidades, podendo afetar o seu relacionamento com o paciente. Enfermeiras orientadas pelo CBF reconhecem e refletem sobre como os ambientes afetam na qualidade das suas práticas (GOTTLIEB, 2013).

A identificação do paciente que necessita do serviço de ligação também pode ser realizada pelos médicos, fisioterapeutas, nutricionistas, ou seja, qualquer profissional da equipe assistencial. Nesse caso, a enfermeira de ligação toma conhecimento do paciente por meio do pedido de referência ao serviço de ligação³⁴ recebido, majoritariamente, via fax ou por telefone ou correio eletrônico. Assim, acredita-se que há uma maior cobertura dos pacientes que necessitam ser encaminhados ao serviço de ligação. Além do mais, confere-se igual responsabilidade aos profissionais quanto ao acionamento das enfermeiras de ligação e a consequente continuidade do cuidado aos pacientes.

Sustenta-se que o pedido de referência ao serviço de ligação é uma ferramenta capaz de promover a comunicação entre os diferentes profissionais do hospital. Pois, de acordo com estudos acerca da comunicação efetiva, na perspectiva do trabalho da equipe, os dados demonstram que formas padronizadas para apresentar informações acerca do paciente são consideradas efetivas para superar as barreiras de comunicação (NOGUEIRA; RODRIGUES, 2015; SILVA et al., 2016).

Além dos profissionais, os familiares também podem identificar os pacientes que necessitava do serviço de ligação, o que demonstra a importância de envolver os familiares durante a internação e o planejamento de alta. Para tanto, a enfermeira precisa praticar uma das qualidades que permeiam o CBF; a humildade, que faz com que a enfermeira se conecte com outras pessoas, aproximando-as e fazendo com que elas se sintam parte do processo de cuidado (GOTTLIEB, 2013).

Mesmo que o paciente seja a pessoa central na assistência, não se pode desconsiderar a interferência e a importância da família no processo de enfrentamento da doença. A família é o pilar de sustentação para a maioria dos pacientes hospitalizados; precisa ser integrada ao cuidado do paciente de forma holística, para que contribua para o bem-estar de todos os envolvidos (LEMOS et al., 2010).

O familiar, por meio das informações que oferece a enfermeira, configura-se como um grande colaborador para com o tratamento do paciente. Assim, a enfermeira precisa demonstrar a disponibilidade e atenção recíproca e, ainda,

³⁴O pedido de referência ao serviço de ligação é um documento utilizado pelos profissionais do hospital para solicitar a avaliação da enfermeira de ligação e pode ser realizado pelo profissional que julgar necessário.

competências relacionadas à comunicação, tornando-as instrumentos fundamentais na prática do cuidado (MURAKAMI; CAMPOS, 2011).

Por meio das múltiplas formas de identificar o paciente, que necessita do serviço de ligação, verifica-se a preocupação das instituições hospitalares em reconhecer os pacientes que devem ser indicados para tal serviço, afirmando a importância da adequada contrarreferência para assegurar a continuidade do cuidado. Além do mais, o hospital também reforça a importância dos serviços de menor densidade tecnológica, como a APS e a relevância de se trabalhar de forma articulada entre os serviços da rede.

6.4.2 Categoria: Planejamento da alta hospitalar

Esta categoria é composta por seis subcategorias: **o início do planejamento da alta hospitalar; possíveis coordenadores do planejamento de alta; as dimensões da avaliação do paciente; a inserção da família no planejamento da alta hospitalar; o papel da família no planejamento da alta e após a alta hospitalar; os principais elementos incluídos no planejamento de alta hospitalar.**

Em geral, as enfermeiras de ligação iniciam o planejamento da alta hospitalar quando elas recebem o pedido de referência, o que pode acontecer na admissão do paciente, em um momento mais adequado tanto para o paciente quanto para equipe assistencial e, até mesmo, no dia da alta hospitalar do paciente. Todavia, infere-se que para as enfermeiras de ligação o ideal é receber o pedido de referência logo que o paciente seja admitido no hospital.

O planejamento da alta pode ser iniciado na admissão do paciente e continuar ao longo da hospitalização. Isto porque o planejamento da alta hospitalar caracteriza-se por diferentes momentos, ou seja, estado cognitivo, sistemas de apoio e ambiente doméstico que são coletados na admissão do paciente enquanto fatores de risco como déficits de conhecimento podem ser avaliados próximos à alta (WEISS et al., 2015).

Um estudo conduzido na Espanha, que avaliou dois anos da implantação do programa das enfermeiras de enlace, apontou que as profissionais eram informadas, em média, cinco dias antes da data da alta hospitalar do paciente, tempo suficiente para o planejamento da alta (JÓDAR-SOLÀ et al., 2005). Em Portugal, a RNCCI

recomenda que os profissionais da equipe de saúde identifiquem os pacientes que necessitam ser encaminhados à equipe de gestão de altas de 24 a 48 horas, após a internação do paciente (PORTUGAL, 2011).

Além das enfermeiras de ligação participarem ativamente do planejamento da alta, elas também podem ser responsáveis por coordená-lo, assim como as enfermeiras que ocupam outros cargos, assistentes sociais e médicos. Todavia, percebe-se que as enfermeiras destacam-se dentre os profissionais que coordenam o planejamento de alta do paciente. Estudos corroboram com essa ideia, apontando a enfermeira como elemento central do planejamento da alta hospitalar (GIBBENS, 2010; WEISS et al., 2015; FRANCISCHETTO et al., 2017). Isto porque são elas quem passam o maior tempo com os pacientes, têm a capacidade de reunir e organizar as informações de modo eficaz e, ainda, estão cientes dos serviços que os pacientes irão necessitar após a alta hospitalar (GIBBENS, 2010).

Para Backes et al. (2008, p.323):

O enfermeiro desempenha importante função na construção coletiva do cuidado, por ser capaz de articular e interagir amplamente com todos os profissionais, e não raramente, coordenar o processo de trabalho em saúde. Não é raro também ser ele o ponto de convergência e distribuição de informações para o usuário, para a grande maioria dos profissionais, assim como para os diferentes serviços que fazem parte do universo hospitalar.

As enfermeiras ocupam uma posição privilegiada na equipe de saúde por estarem em contato direto com os pacientes e poder melhor conhecer os pacientes e suas famílias, o que as possibilita fazer importantes observações sobre como os pacientes estão respondendo aos seus desafios em saúde. Enfermeiras são os “olhos e os ouvidos” tanto dos médicos quanto de outros profissionais da equipe assistencial, pois elas têm a capacidade de fornecer informações para que esses conduzam o seu trabalho (GOTTlieb, 2013).

Durante o planejamento da alta, as enfermeiras de ligação têm a responsabilidade de realizar uma minuciosa avaliação do paciente que será contrarreferenciado, o que abarca diferentes dimensões. Para tanto, as profissionais podem coletar informações no prontuário ou por meio de uma entrevista ou do diálogo com o paciente. As dimensões de avaliação são: endereço e histórico do paciente, sucinta avaliação física-psíquica, autonomia, meio de vida, disponibilidade

de cuidador próximo, identificação dos recursos extra-hospitalares, compreensão dos cuidados pelo paciente.

Em relação ao endereço do paciente, destaca-se que é essencial saber onde o paciente reside, caso ele necessite dos serviços prestados no domicílio após a alta hospitalar, assim como para verificar a qual serviço de saúde o paciente poderá ser encaminhado. Pois, os serviços de saúde, na província do Québec, como o CLSC, o CR, CH, estão organizados sob a forma de territórios (SANTÉ E SERVICES SOCIAUX QUÉBEC, 2015). Ou seja, o serviço responsável pelo atendimento do paciente é identificado pelo local onde o paciente reside.

Outra dimensão da avaliação é o histórico do paciente, o qual possibilita a obtenção de informações acerca da pessoa, família e das suas respostas em um determinado momento do processo saúde e doença (COFEN, 2009). Estas informações podem ser coletas por meio de uma entrevista com o paciente ou, então, por meio do diálogo. A entrevista é mais apropriada, quando a enfermeira necessita informações específicas acerca do paciente como, por exemplo, uso de medicamentos, reações à medicação. O diálogo pode ser utilizado quando a enfermeira precisa aprofundar o conhecimento acerca do paciente e, nesse caso, o uso de perguntas abertas é mais adequado (GOTTLIEB, 2013).

Em geral, a enfermeira depende menos da tecnologia e mais de seus sentidos para reunir informações e coletar dados relevantes. Nesse sentido, destaca-se que elas usam dados laboratoriais, mas elas não os tratam como dados que substituem a escuta da história do paciente e da família, mas sim, como informações que complementam, validam e confirmam o que elas têm aprendido por meio do diálogo com paciente e seus familiares (GOTTLIEB, 2013).

Outra dimensão da avaliação compreende uma sucinta avaliação físico-psíquica, o que demonstra a preocupação das profissionais com a segurança dos pacientes após a alta hospitalar; pois, mesmo não sendo a sua principal responsabilidade realizar este tipo de avaliação, quando necessário, elas a realizam. Além disso, as enfermeiras de ligação consideram as condições psíquicas dos pacientes evidenciando o olhar holístico destas profissionais. Para Gottlieb (2013), enfermeiras que praticam o CBF, integram a avaliação física e mental como parte das suas práticas; porém, com uma diferença, no decorrer da observação das anormalidades e dos problemas, elas também se voltam para as forças, ou seja, para o que está funcionando bem.

A autonomia do paciente também faz parte da avaliação, engloba a avaliação das atividades da vida cotidiana e da vida doméstica. A avaliação da vida cotidiana é uma ferramenta habitualmente utilizada para verificar a capacidade ou incapacidade funcional do paciente e compreende tarefas tais como: se vestir; se mover; comer; ir ao banheiro; realizar cuidados pessoais (LA SOCIETE , l' INDIVIDU ET LA MÉDECINA, 2014).

Avaliação das atividades da vida doméstica é aplicada, principalmente, para os pacientes que habitam em seu domicílio e vivem de modo autônomo na comunidade. Abarcam atividades mais complexas em comparação às atividades da vida cotidiana como: administrar o dinheiro; fazer compras; preparar as refeições; apanhar um transporte; realizar a manutenção e limpeza do lar (LA SOCIETE, l' INDIVIDU, ET LA MÉDECINA, 2014).

Dados de uma investigação quebequense acerca das limitações, doenças crônicas e o envelhecimento da população demonstraram que 7,3% das pessoas entre 15 e 64 anos apresentaram alguma incapacidade moderada ou grave; quando a idade chegou aos 65 anos, ou mais a porcentagem passou para 26,1% e com a idade de 85 anos para 50,1%. Assim, a perda da autonomia relaciona-se à idade avançada, sendo a parcela da população que mais necessita dos serviços domiciliares (BARALDI, 2016).

Estudo que avaliou as atividades de vida doméstica e cotidiana de idosos que viviam em seu domicílio apontou que eles tinham capacidade de cuidar-se de si, mas apresentavam dificuldade para gerir o dinheiro e utilizar meio de transporte. Contudo, outro estudo nessa mesma perspectiva apontou que o cuidado com o dinheiro foi o item que apresentou menor dificuldade entre os idosos (LENARDT et al., 2011; OLIVEIRA et al., 2012). Diante disso, destaca-se a importância de conhecer as necessidades de cada paciente a fim de implementar intervenções voltadas a estes, pois cada paciente tem as suas potencialidades e dificuldades, dependendo das suas condições clínicas, sociais, sua rede de apoio, entre outros fatores.

Identificar prematuramente as possíveis perdas na capacidade funcional dos idosos pode prevenir prejuízos maiores à sua saúde, especialmente no que diz respeito à aptidão para a realização das atividades básicas da vida cotidiana, (MARACAJÁ et al., 2015). Além do mais, acredita-se que a promoção do autocuidado entre os pacientes é um dos pontos-chave para o enfrentamento das

incapacidades, pois conforme Gottlieb (2013), o autocuidado envolve a tomada de decisão e de ações voltadas à saúde da própria pessoa. Para isto, é essencial que o paciente e seus familiares tenham conhecimento e acesso às informações, o que assegura a oportunidade de avaliar diferentes opções para tomar a decisão mais apropriada.

Nessa vertente, a prática do autocuidado necessita ser centrada em uma relação dialógica, na qual profissionais e pacientes devem entender que seu sucesso depende da negociação partilhada, e ainda, que os profissionais desenvolvam uma prática alicerçada na interação e na troca de experiência entre os integrantes da equipe de saúde para oferecer uma assistencial integral, que valorize o autocuidado como parte da vida, essencial ao bem-estar e desenvolvimento das pessoas (TADDEO et al., 2012).

Para os pacientes que apresentam alguma limitação à província do Québec conta com o programa de adaptação do domicílio que disponibiliza recursos financeiros para a construção de rampas de acesso, inserção de barra nos banheiros, aumento do tamanho das portas, entre outros, sempre com o objetivo de manter a pessoa o maior tempo possível na sua residência e próximo das pessoas com quem convive (QUÉBEC, 2016b).

Há também uma política de apoio aos cuidados domiciliares em que os profissionais dos CLSC prestam cuidados aos pacientes (BARALDI, 2016). Nesse sentido, vislumbra-se que, no contexto brasileiro, a atenção domiciliar no âmbito do SUS é o que mais se aproxima, pois é “caracterizada por um conjunto de ações de promoção à saúde, prevenção e tratamento de doenças e reabilitação prestadas em domicílio, com garantia de continuidade de cuidados e integrada às redes de atenção à saúde”. (BRASIL, 2013c, não p.)

Na província do Québec, também há serviços de assistência pessoal no domicílio, que compreende cuidados de enfermagem (troca de curativos, preparo da medicação, visita de enfermagem); cuidados de higiene pessoal (banho, cuidados com os pés) e também de ajuda doméstica que envolve o preparo e a entrega das refeições, realização das compras, apoio aos cuidadores, entre outros. Os serviços de assistência pessoal no domicílio e de ajuda doméstica são gratuitos apenas para as pessoas que vivem com uma significativa incapacidade e renda insuficiente para o pagamento desses serviços (BARALDI, 2016).

Outra dimensão da avaliação é o meio de vida³⁵ do paciente. Destaca-se que alguns pacientes, sobretudo idosos que sofreram alterações de saúde, têm a necessidade de modificar a forma e o local de cuidado (FLORIANO et al., 2012). Isto porque as pessoas e os ambientes são integrais e estes podem ser influenciados positivamente ou negativamente pelos ambientes. As pessoas vivem em múltiplos ambientes ao mesmo tempo, tais como: o ambiente externo, o ambiente social e cultural. O ambiente externo pode ser dividido em biológico e físico (GOTTLIEB, 2013).

O ambiente biológico é composto pelos fungos, bactérias e outros organismos com os quais as pessoas têm contato, e caso esta estiver com o sistema imunológico comprometido pode adquirir alguma doença. O ambiente físico corresponde à qualidade da água para beber, a disponibilidade e qualidade do alimento para comer, a qualidade do ar, o espaço físico que a pessoa habita e os vizinhos com quem convive (GOTTLIEB, 2013).

Assim, as enfermeiras de ligação precisam identificar o meio em que o paciente vive e assegurar que, após a alta hospitalar, ele retornará para o local que melhor se ajuste às suas necessidades. Nessa perspectiva, a província do Québec dispõe de três tipos de acomodações para as pessoas que perderam a autonomia e não podem mais continuar no seu domicílio. Os CHCLD recebem pessoas com perda de autonomia funcional ou psicossocial. Os RI que acolhem pessoas com perda de autonomia e que necessitam de um lugar para morar, apoio ou assistência, e o RTF que recebe no máximo nove adultos e oferecem serviços em consonância com as necessidades das pessoas (QUEBEC, 2016a).

A disponibilidade de um cuidador próximo é mais um aspecto avaliado pelas enfermeiras de ligação. Um cuidador próximo é uma pessoa do convívio do paciente que pode continuamente ou ocasionalmente prestar apoio não profissional a uma pessoa que possui uma incapacidade. O cuidador pode ser uma pessoa da família ou um amigo, seu papel é extremamente importante na vida do paciente idoso, pois o ajuda a viver mais tempo com as pessoas próximas e na sua comunidade (QUEBEC, 2012).

Dentre o suporte oferecido pelo ajudante próximo, destaca-se o precioso suporte emocional e psicológico, o auxílio nos cuidados pessoais, no uso da

³⁵Meio de vida: Corresponde o local onde o paciente habita que pode ser seu domicílio (casa ou apartamento), uma residência de idosos com ou sem serviços de saúde, entre outros.

medicação, nas operações bancárias, nas compras, entre outros (QUÉBEC, 2012). Destaca-se que 2747 pacientes de um programa de transição foram recrutados durante a hospitalização e capacitados acerca dos cuidados necessários após a alta hospitalar. Destes, 482 tinham um cuidador e suas intervenções foram cinco vezes mais completas do que aqueles que não tinham um cuidador, sobretudo entre os homens, o que revelou a importância de incluir um cuidador para os pacientes que necessitam de cuidados após a alta hospitalar (EPSTEIN-LUBOW et al., 2014).

Na província do Québec, os cônjuges e os chefes de famílias monoparentais são os que mais desempenham o papel de cuidador próximo, com respectivamente 23% e 21,5%. Estima que, em 2021, haverá uma explosão de pessoas com 75 anos ou mais que coincidirá com uma estrutura familiar em que os idosos estarão sem cônjuge devido ao divórcio, viuvez ou sem filhos, o que poderá demandar maior incentivo das políticas públicas para esta população (QUÉBEC, 2012).

Cerca de 19% das pessoas com mais de 15 anos, que habitam no Québec, prestam algum tipo de cuidado ao idoso sem nenhuma remuneração e dispensam menos de cinco horas semanais com esta atividade. Enquanto 13,6% das pessoas com 75 anos ou mais contribuem com 20 horas semanais ou mais em tal atividade (QUÉBEC, 2012).

O cuidado informal às pessoas idosas prevalece em distintos países, porém a sua prevalência e composição podem ser diferentes, devido à presença ou não de políticas para o incentivo ao cuidado domiciliar, situação econômica, composição familiar e aspectos culturais, entre outros. Na Espanha, na Inglaterra, nos Estados Unidos e no Brasil, entre 55% e 66% dos idosos com limitações funcionais recebem cuidados informais de pessoas que habitam no mesmo domicílio. A prevalência do cuidado remunerado no Brasil foi de 14%, semelhante à Espanha com 12% e maior do que nos Estados Unidos 2% e na Inglaterra 5%. No Brasil, dentre os cuidadores remunerados, destacou-se um parente ou a empregada doméstica (LIMA-COSTA et al., 2017).

Verifica-se que, no contexto quebequense, há programas e diferentes recursos para corresponder às necessidades dos pacientes, principalmente para aqueles que perderam a sua autonomia e precisam de alguma forma de suporte. Nesse sentido, todos os recursos já descritos vão ao encontro de outra dimensão avaliada pelas enfermeiras de ligação: a identificação dos recursos extra-hospitalares em consonância com as necessidades de cada paciente.

De acordo com Gottlieb (2013), os recursos correspondem a serviços, oportunidades que são externos às pessoas e às suas famílias; pode ser uma pessoa que possa estar disponível ou um serviço em que o paciente possa ser atendido, quando precise. Recursos também podem incluir finanças, relações familiares, religiosas, com a comunidade. As pessoas precisam estar cientes das suas necessidades e reconhecer a quem ou quais serviços podem recorrer.

Outra dimensão da avaliação é a compreensão dos cuidados pelo paciente o que envolve a realização das orientações, caso a enfermeira de ligação julgue ser necessário. Iniciativas de educação em saúde e a inclusão do cuidador no planejamento da alta precisam ir além da transmissão de informações técnicas (CARVALHO et al., 2015), pois o planejamento da alta abarca a orientação, o ensino, o treino das técnicas e cuidados que serão necessários ao paciente ao retornar para o domicílio, com o propósito de evitar adoecimento, reinternações, minimizar o estresse familiar, sendo que isso envolve a identificação dos recursos disponíveis na rede (DELATORRE et al., 2013).

Nesse contexto, a enfermeira tem o papel de criar meios que ajudem o paciente a tornar-se ativo no seu processo de aprendizagem, pois em cada situação as pessoas precisam descobrir a existência de suas forças e desenvolver novas, como competências e habilidades para lidar com os desafios que surgem por conta do aparecimento de uma doença, mudança no nível de autonomia, entre outras (GOTTLIEB, 2013).

Todas as forças podem ser aprendidas de alguma forma, e inicialmente podem ser desenvolvidas por meio da interação de uma pessoa com seu ambiente e, em seguida, por meio de diversas modalidades tais como: educação, treinamentos, oportunidades de exercer na prática. Ressalta-se que mesmo as pessoas que possuem alguma força natural, como por exemplo, algum talento precisa desenvolvê-lo (GOTTLIEB, 2013).

A família do paciente é inserida no planejamento de alta hospitalar quando esta deseja participar ou quando o paciente deseja que a família participe. Assim, a enfermeira deve estar atenta quanto aos sinais de prontidão que indicam que o paciente e os membros da família desejam envolver-se no planejamento da alta. A parceria colaborativa pode ser um meio de desvendar a prontidão, ou não, do paciente ou de seus familiares e pode ser expressa por meio de uma pergunta, um

choro e até mesmo por meio da resistência em se comunicar com os profissionais da equipe (GOTTLIEB, 2013).

As enfermeiras de ligação também contatam a família do paciente quando este é inapto para receber orientações devido a algum problema que possa interferir na comunicação entre o paciente e as profissionais. Nessa perspectiva, destaca-se que o planejamento da alta necessita atingir tanto os pacientes quanto os seus familiares, para que ambos tenham subsídios para enfrentar o tratamento da melhor maneira possível, obter qualidade de vida e retornar para o domicílio bem preparado e orientado (DELATORRE et al., 2013). Neste contexto, Weiss et al. (2015) reforçam essa ideia, apontando o envolvimento do paciente, da família e da equipe assistencial como uma característica chave para o planejamento da alta.

O envolvimento dos familiares também ocorre quando os serviços extra-hospitalares não podem solucionar determinadas demandas. Nem sempre os serviços da rede de saúde podem atender todas as necessidades de um paciente. Há problemas que apenas o paciente, junto aos seus familiares, pode solucionar. Acredita-se que, nestas situações, a enfermeira de ligação pode identificar tais problemas, dialogar com os pacientes e seus familiares e discutir acerca das melhores soluções.

Quando envolvidos no planejamento da alta hospitalar, a família oferece informações acerca do meio de vida, do cotidiano do paciente, dos recursos disponíveis, colaborando para a tomada de decisão das enfermeiras de ligação quanto ao retorno do paciente para o domicílio ou não. De acordo com Dyrstad, Laugaland e Storm (2015) incluir a família na alta é muito importante, pois, frequentemente, os pacientes idosos não lembram ou não podem responder as perguntas sobre as suas próprias condições de saúde (DYRSTAD; LAUGALAND; STORM, 2015).

Os familiares também colaboram ao providenciar o transporte do paciente após a sua alta hospitalar. Para Popejoy (2011), na alta hospitalar, pacientes idosos e seus familiares deparam-se com diversas decisões acerca do planejamento da alta, o que inclui onde eles serão atendidos após a saída do hospital e como eles irão, sendo fundamental que pacientes; familiares e a equipe assistencial trabalhem juntos para tomarem as decisões acerca desses elementos e, ainda, tenham uma discussão clara acerca dos cuidados necessários no domicílio e os potenciais

problemas que poderão encontrar e, então, juntos, tentar elaborar estratégias para solucioná-los (POPEJOY, 2011).

Outro papel desempenhado pelos familiares é a prestação de cuidados e/ou coordenação dos cuidados ao paciente no domicílio, o que envolve desde o apoio ou a realização das atividades como banho, limpeza do domicílio, preparo das refeições até as atividades mais complexas como a administração de medicamentos. Enfatiza-se que, nesse último caso, os familiares são ensinados pelas enfermeiras de ligação e de acordo com Bernardino et al., (2010), as orientações fornecidas aos familiares na alta hospitalar, de como cuidar do paciente no domicílio, proporcionam maior segurança a estes, atenuam a ansiedade e o estresse e, ainda, fazem com que o familiar sinta-se parte do processo de tratamento do paciente.

Na alta hospitalar, os pacientes e os familiares esperam da enfermeira e da sua equipe orientações e informações confiáveis, objetivas e que sejam repassadas de modo claro e uma linguagem em que se sintam confiantes em realizar o melhor cuidado no domicílio (CRUZ; MANTOVANI, 2014).

Cabe destacar que com exceção da dimensão identificação dos recursos extra-hospitalares, todas as demais dimensões discutidas anteriormente podem compor o planejamento de alta por escrito. Além disso, as enfermeiras de ligação também incluem: os cuidados que foram realizados no hospital e as complicações, os principais diagnósticos, a situação clínica atual, os últimos resultados laboratoriais, os medicamentos em uso, as consultas agendadas a serem realizadas, os principais profissionais envolvidos, as prescrições, o contato dos serviços em caso urgência, os cuidados e o tratamento a serem prestados ao paciente após a alta hospitalar.

Deste modo, verifica-se que as informações contidas no planejamento de alta por escrito e posteriormente enviado para o serviço de regulação dependem da situação de cada paciente. Entretanto, constata-se que o planejamento é extremamente amplo, minucioso. Contém dados que poderão evitar duplicidade de ações após a alta hospitalar, como os exames laboratoriais e os diagnósticos e, manter os profissionais atualizados quando as condições clínicas do paciente promovendo a continuidade da gestão, principalmente para os pacientes que possuem doenças crônicas e que necessitam de constante vigília.

O envio e o recebimento de informações requer um planejamento de cuidado uniforme a fim de facilitar a comunicação e a continuidade do cuidado entre os

diferentes serviços. Deve conter determinados dados acerca do paciente como uma lista de problemas, regime medicamentoso, alergias, contato do cuidador e dos profissionais envolvidos, estado físico e cognitivo do paciente (COLEMAN; BOULT, 2003).

6.4.3 Categoria: Transferência das informações entre o hospital e os demais serviços da rede

Esta categoria é formada por duas subcategorias: **envio do formulário de contrarreferência *online* pela enfermeira de ligação à regulação; documentos entregues ao paciente na alta hospitalar.**

A transferência das informações acerca dos pacientes contrarreferenciados ocorre, majoritariamente, por meio do envio do formulário de contrarreferência *online* pela enfermeira de ligação ao serviço de regulação, ou via fax onde não há internet. Os protocolos contrarreferência entre os diferentes níveis de atenção são prioritários para a garantia da continuidade do cuidado e da integralidade da assistência (JESUS; ASSIS, 2010; FREITAS; SILVA, 2013; PEREIRA; MACHADO, 2016).

A atenção integral depende de uma rede articulada, de modo que os problemas das pessoas possam ser abordados em todos os níveis de atenção necessários para sua solução e que o acesso a estes diferentes níveis seja harmonioso e em tempo hábil (OLIVEIRA; PEREIRA, 2013).

Destaca-se que todo e qualquer atendimento em saúde implica na participação de múltiplos profissionais e, em diversos lugares. Cada profissional produz uma gama de informações sobre o seu atendimento e as necessidades do paciente, e para assegurar a continuidade do cuidado, é essencial agregar e organizar estas informações de forma a produzir um contexto que irá subsidiar a tomada de decisão de outros profissionais e orientar o processo de atendimento ao paciente (MARIN, 2010).

Para coordenar processos complexos que envolvem distintos serviços e profissionais, com grande volume de informações, os melhores arranjos institucionais são aqueles que se pautam na adaptação mútua e no contato pessoal direto, viabilizando a comunicação rápida por meio de telefone, correio eletrônico, reuniões informais, grupos de trabalho multidisciplinar, regulação negociada,

mecanismo de enlace entre os profissionais de diferentes serviços e a utilização de estruturas matriciais (NÚÑEZ; LORENZO; NAVARRETE, 2006).

Quando a continuidade informacional é estruturada por meio de um sistema de partilha de informações, tem-se maior integração entre os diferentes níveis de cuidado, tornando as comunicações mais efetivas, promovendo maior acessibilidade aos cuidados em razão da redução do tempo de espera para a obtenção de cuidados apropriados, pois a articulação induz maior eficiência no funcionamento do sistema e contribui para um aumento dos conhecimentos dos profissionais envolvidos (SOUSA; FRADE; MENDONÇA, 2005).

O método de comunicação é um fator determinante na entrega atempada do sumário de alta hospitalar para os serviços que darão continuidade ao cuidado do paciente. Dentre os métodos avaliados por profissionais, o fax e o e-mail foram considerados os mais eficazes, com maior aceitação pelo fax. Entretanto, o e-mail tem o potencial de superar muitas das falhas do fax por meio da atualização dos contatos e fornecer um meio de comunicação seguro e eficaz (CHEN; BRENNAN; MAGRABI, 2010).

As enfermeiras de ligação enviam a contrarreferência *online* para o serviço de regulação de 24 a 48 horas antes da alta hospitalar para os casos complexos, no dia da alta hospitalar, para situações mais simples ou após a saída do paciente do hospital. Desse modo, entende-se que o momento em que a regulação é informada acerca do paciente contrarreferenciado depende da complexidade de cada caso ou em que situação aconteceu a alta hospitalar do paciente como, por exemplo, nos finais de semana em que não há enfermeiras de ligação e o formulário da contrarreferência é enviado à regulação após a saída do paciente do hospital.

Além da utilização do formulário de contrarreferência, os pacientes também podem receber alguns documentos na alta hospitalar, tais como: resumo/carta de alta; prescrições; folhetos informativos sobre cuidados a seguir e endereços dos serviços extra-hospitalares. Nesse sentido, constata-se, que além da comunicação entre os serviços, as enfermeiras de ligação também se preocupam em informar e envolver o paciente no seu processo de transição.

A carta de alta é uma ferramenta chave para os profissionais de saúde por proporcionar a comunicação tanto entre profissionais quanto entre os serviços de saúde (ZANELLO et al., 2015) também pode funcionar como *backup* quando é enviada via e-mail ou fax, por exemplo (CHEN; BRENNAN; MAGRABI, 2010). Na

perspectiva dos pais de crianças contrarreferenciadas a carta de alta foi considerada benéfica e temível, benéfica porque continha todo o histórico de hospitalização dos seus filhos e temida caso as informações contidas na carta não pudessem ser compreendidas pela falta de explicações por parte dos profissionais (ZANELLO et al., 2015).

Neste sentido, a comunicação efetiva é um fator de grande relevância para a atuação no campo da saúde e que precisa receber atenção especial, sobretudo quando abrange a relação entre profissionais, familiares e pacientes, dado que distintas concepções e linguagens podem estar envolvidas. Assim, o fácil acesso à informação é um dos aspectos que deve ser considerado na promoção da segurança do paciente (BRASIL, 2016).

Os folhetos informativos também são utilizados pelas enfermeiras de ligação em que é possível informar tanto o paciente quanto os profissionais que assumiram os pacientes após a alta hospitalar. Estudo apontou que enfermeiras que elaboraram e utilizaram um folheto educativo sobre oxigenioterapia domiciliar prolongada a pacientes que tinham esta necessidade após a alta hospitalar foi considerado como excelente por todos os pacientes que participaram da avaliação, demonstrando que tal folheto pode ser usado como uma ferramenta de suporte e complementação às orientações de alta hospitalar. Nesse contexto, destaca-se o papel da enfermeira como educadora em saúde, a qual precisa utilizar de diferentes tipos de comunicação para atingir a excelência na educação em saúde (LAVOR et al., 2014).

Desse modo, sustenta-se que a transferência das informações entre diferentes serviços de saúde seja sistematizada, de responsabilidade de um profissional e apoiada por um recurso comunicacional como um sistema informático. E, ainda, que os pacientes e familiares sejam envolvidos nesse processo por meio de outras formas de comunicação que possam contribuir para melhor a continuidade informacional

6.5 ELEMENTOS QUE DIFICULTAM E FACILITAM AS PRÁTICAS DAS ENFERMEIRAS DE LIGAÇÃO

Neste subcapítulo são discutidas as categorias: **6.5.1 Elementos que dificultam as práticas das enfermeiras de ligação; 6.5.2 Elementos que facilitam as práticas das enfermeiras de ligação.**

6.5.1 Categoria : Elementos que dificultam as práticas das enfermeiras de ligação

Esta categoria é composta por quatro subcategorias: **dificuldades relacionadas aos serviços extra-hospitalares; dificuldades relacionadas ao processo de trabalho; insuficiente colaboração com o papel da enfermeira de ligação; complexidade dos pacientes.**

Quanto às dificuldades relacionadas aos serviços extra-hospitalares está o déficit na transmissão de informações acerca dos serviços e dos recursos disponíveis para os pacientes e quando ocorrem mudanças nos critérios de referência e contrarreferência. Vislumbra-se que, para realizar a contrarreferência, as enfermeiras de ligação necessitam estar atualizadas e familiarizadas com as normas, as rotinas, o rol de serviços disponíveis na rede de saúde, pois estas informações refletem diretamente na tomada de decisão destas enfermeiras e, conseqüentemente, na qualidade da contrarreferência e na segurança dos pacientes.

Nesse sentido, acredita-se que é essencial uma ação gerencial voltada para o aprimoramento do fluxo de informações entre os serviços extra-hospitalares e os serviços de ligação, para que as informações possam ser de domínios de todos os profissionais envolvidos. Tarefa complexa, mas que merece investimentos para que os pacientes não sejam penalizados por uma contrarreferência inapropriada e os serviços e os recursos disponíveis subutilizados.

Além do mais, considera-se que estratégias de aproximação entre as enfermeiras de ligação de diferentes níveis de atenção necessitam ser pensadas e mobilizadas para o cotidiano das profissionais. Nesta perspectiva, enfermeira de ligação da segunda linha³⁶ aponta ser fundamental oferecer *feedback* para os colegas do hospital, a fim de dar sentido ao trabalho deles, que é extremamente valioso. E, em caso de reinternação do paciente, a enfermeira de ligação da segunda linha pode indicar elementos para colaborar na definição de um novo plano de cuidado após a alta hospitalar, pois uma das funções desta enfermeira é

³⁶ São responsáveis por acompanhar o paciente, por tempo limitado, quando este retorna ao domicílio. Suas práticas envolvem o apoio emocional, a educação do paciente, apoio social, coordenação de reuniões entre os diferentes profissionais ou com a família (BEAUDELOT, 2013).

possibilitar a construção de pontes entre duas lógicas que ainda lutam para se compreender (BEAUDELOT, 2013).

Outro obstáculo apresentado pelas enfermeiras de ligação, em relação aos serviços extra-hospitalares, é a lacuna de trajetórias de cuidado para determinados pacientes. Uma trajetória de serviços é um método interdisciplinar que permite assegurar a coordenação entre os serviços e o acompanhamento sistemático dos pacientes, visa melhorar a qualidade e eficácia dos serviços e maximizar o uso dos recursos. Em geral, as trajetórias de serviços são representadas em formas de esquemas, quadros ou algoritmos, contemplam as intervenções necessárias para cada situação, os sintomas de determinadas condições clínicas, os serviços implicados, e objetivos clínicos a serem seguidos (SHANG, 2012).

A trajetória de serviços tem como objetivo planejar, organizar e assegurar o atendimento aos pacientes que apresentam a mesma patologia e a mesma situação de dependência. Mundialmente, as trajetórias de serviços são cada vez mais utilizadas nas redes de saúde, a fim de promover o acompanhamento sistemático dos pacientes. Podem ser aplicadas a diferentes segmentos da saúde como, por exemplo, na saúde mental, pacientes com deficiência, com doenças crônicas, (SHANG, 2012) pacientes oncológicos (BILODEAU; DUBOIS; PEPIN, 2015), dentre outros.

Ao comparar com o contexto brasileiro, entende-se que as trajetórias de serviços assemelham-se às linhas de cuidado. Linha de cuidado é definida como:

[...] uma forma de articulação de recursos e das práticas de produção de saúde, orientadas por diretrizes clínicas, entre as unidades de atenção de uma dada região de saúde, para a condução oportuna, ágil e singular, dos usuários pelas possibilidades de diagnóstico e terapia, em resposta às necessidades epidemiológicas de maior relevância. Visa à coordenação ao longo do contínuo assistencial, através da pactuação/contratualização e a conectividade de papéis e de tarefas dos diferentes pontos de atenção e profissionais. (BRASIL, 2010, não p.).

A dificuldade apontada pelas enfermeiras de ligação, em relação à lacuna nas trajetórias de cuidados para certos pacientes, vai ao encontro de estudos brasileiros que sinalizam a necessidade da elaboração e da implantação de um fluxo ordenado para tornar a atenção à saúde mais resolutiva em pacientes com agravos neoplásicos de cabeça e pescoço e a necessidade de avançar na organização da rede de serviços, no uso de protocolos, iniciativas para a coordenação do cuidado pela atenção básica, e, ainda, vinculação e responsabilização dos profissionais a

pacientes portadores de hipertensão arterial e diabetes *mellitos* (VENANCIO; ROSA; BERSUS, 2016; DUBOW et al., 2014).

Diante disso, entende-se que a implementação das linhas de cuidados é um desafio tanto para os profissionais quanto para os gestores de saúde, porque envolve diversos pressupostos que necessitam ser observados para a sua efetivação, tais como: a garantia dos recursos humanos; a integração e a co-responsabilização dos serviços de saúde; a interação entre diferentes equipes assistenciais e a gestão dos compromissos pactuados e dos resultados (BRASIL, 2010).

Neste contexto, Malta e Merhy (2010) incluem outros desafios como o entendimento das linhas de cuidado como organizadoras do trabalho em saúde, a vinculação das equipes de saúde com a população de uma dada região e, sobretudo, a responsabilização pelo usuário que abarca o manejo adequado das necessidades destes, o delineamento de protocolos clínicos que vão desde a terapêutica medicamentosa até procedimentos em consonância com as necessidades e singularidade de cada pessoa.

Quanto às dificuldades relacionadas ao processo de trabalho das enfermeiras de ligação, o pouco tempo para avaliar os pacientes aparece como um obstáculo. Tempo insuficiente também aparece como um elemento dificultador em outros contextos da enfermagem e em diferentes níveis de atenção, como para a implantação da sistematização da assistência em enfermagem, em projeto piloto acerca das enfermeiras de ligação que contrareferenciavam pacientes da atenção hospitalar para a básica, para o desenvolvimento de atividades com adolescentes na comunidade, sendo a sobrecarga de trabalho e o número insuficiente de profissionais as principais causas da falta tempo (TAVARES et al., 2013; FERNÁNDEZ-SOLA et al., 2011; FIGUEIREDO et al., 2014; RIBAS, 2016).

Desse modo, percebe-se que a falta de tempo é uma dificuldade comum entre enfermeiras das mais diferentes áreas e que precisa ser avaliada criteriosamente, em cada contexto de trabalho. Figueiredo et al. (2014) incentiva as enfermeiras a questionar a sua rotina e organização do trabalho, e a partir disso, extrair os elementos que podem ser delegados, não dispendendo tempo com tarefas que são de competência legal e moral de outro profissional.

Portanto, no momento em que as enfermeiras pensarem o seu trabalho e verificarem qual é a lógica que o alimenta (agir sob a perspectiva de produção quantitativa, agir coagido por colegas de mesma classe/categoria profissional ou de outras, pressão da chefia ou dos moldes institucionais, pelos planos e ritmos de trabalho impostos), será possível transformá-lo. Tomando-se consciência disso, talvez, as enfermeiras consigam se desadaptar da lógica a que foram adaptadas, seja por vontade própria, por conveniência, obrigação ou até por uma questão de sobrevivência no ambiente de trabalho (da unidade ou da instituição). (FIGUEIREDO et al., 2014, p. 1142).

Outra dificuldade em relação ao processo de trabalho das enfermeiras de ligação é o grande número de chefes em relação aos profissionais da prática, o que culmina na hierarquização do processo de trabalho e, de acordo com Brusamolin, Montezeli e Peres (2010), pode ser um fator limitante para a tomada de decisão do profissional, refletindo na assistência ao paciente.

Acredita-se que esta dificuldade advém dos requisitos da gestão clássica e, conseqüentemente, da sua estrutura organizacional³⁷. Quanto mais diferenciada³⁸ for esta estrutura maior será o número de departamentos, níveis hierárquicos e assessorias, caracterizando-se como mais verticalizada ou mais horizontalizada. Organizações com estrutura mais verticalizada tendem a operar mais lentamente; não respondem imediatamente às necessidades dos colaboradores e dos pacientes em razão do elevado número de níveis hierárquicos e à extensa cadeia de departamentos, e ainda, dificultam o fluxo de informações entre os profissionais (SPAGNOL; FERNANDES, 2004).

Em contrapartida, uma estrutura organizacional mais horizontalizada, fruto de modelos inovadores, como o de gestão participativa destacam-se pela premissa da descentralização, da tomada de decisão e fortalecimento da comunicação e, sobretudo, pela melhora na qualidade da assistência ao paciente. Entretanto, se o estilo de liderança adotado nesta organização for o vertical, limitações em termos de poder e tomada de decisão também são encontrados (BERNARDES et al., 2012).

³⁷ Em suma, “a estrutura organizacional representa a maneira como uma empresa se organiza, mostrando claramente a divisão das tarefas, a distribuição da autoridade e como ocorre o fluxo de comunicação no ambiente organizacional”. (SPAGNOL; FERNANDES, 2004, p.158).

³⁸ “A diferenciação diz respeito à divisão do trabalho e pode ser realizada de três formas. Na primeira as atividades são agrupadas em departamentos, estabelecendo-se aí a diferenciação horizontal. A segunda é diferenciação vertical, divisão que determina o número de níveis hierárquicos da instituição. E a terceira forma é conhecida como diferenciação por tarefas especializadas, que está diretamente ligada à necessidade da criação de órgãos de assessoria dentro da empresa”. (SPAGNOL; FERNANDES, 2004, p.159).

A experiência de uma organização que adotou o modelo de gestão de participativa comprovou as premissas para tal modelo, considerando que houve melhora na qualidade do atendimento, gerou maior interação entre os profissionais, ampliou a participação desses na gestão e incentivou o desenvolvimento da autonomia profissional (DEUS; MELO, 2015), demonstrando que o tipo de gestão adotado influencia tanto nos cuidados para com os pacientes quanto para os profissionais.

Em relação à insuficiente colaboração com o papel da enfermeira de ligação está a dificuldade da equipe médica em informar a alta com antecedência, o que vai ao encontro do cenário espanhol, onde um terço dos pacientes internados recebeu alta sem tempo suficiente para um bom planejamento da alta pela enfermeira de enlace e posterior comunicação com a atenção primária (JÓDAR-SOLÀ et al., 2005). Em outro hospital, também na Espanha, as enfermeiras de ligação receberam 33% da demanda com mais de 48 horas de antecedência, 35% com 24 a 48 horas de antecedência e 32% em tempo inferior a 24 horas, sendo um ponto que precisa ser melhorado (JURADO-CAMPOS et al., 2008).

Em instituições onde não há o cargo de enfermeira de ligação também foi evidenciado a falha da comunicação da alta do paciente às enfermeiras. Pois, nem sempre, as enfermeiras tomam conhecimento antecipadamente acerca da alta hospitalar do paciente, por vezes, ficam sabendo durante a visita clínica multidisciplinar, quando o paciente está saindo ou quando já deixou o hospital (PEREIRA et al., 2007; MARQUES; ROMANO-LIEBER, 2014; SUZUKI; CARMONA; LIMA, 2011).

Todavia, para as enfermeiras, é fundamental que elas sejam comunicadas da alta do paciente com antecedência, para que possam avisar o farmacêutico e o médico para ações de reconciliação medicamentosa, verificar a compreensão do paciente acerca das orientações de alta e realizar orientações complementares, caso necessário e proceder a transferência das informações para os serviços que irão receber os pacientes após a alta hospitalar (FUJI; ABBOTT; NORRIS, 2012).

Verifica-se que a falta de informação quanto à previsão da alta hospitalar do paciente é um desafio tanto para as enfermeiras de ligação quanto para as enfermeiras que ocupam outros cargos no âmbito hospitalar, e sustenta-se que este o é elemento que deve ser posto em discussão, em razão dos benefícios oriundos do planejamento de alta, como a melhora na qualidade da assistência ao paciente e

a diminuição dos custos hospitalares (MENDES et al., 2017; BARKER; STEVENTON; DEENY, 2017; CORNWELL et al., 2012).

Ainda em relação à insuficiente colaboração com o papel da enfermeira de ligação, as participantes da pesquisa apontam a insuficiente implicação das enfermeiras assistenciais, o que vai de encontro ao enfoque multidisciplinar do planejamento de alta (CIETO et al., 2014). Defende-se que as práticas das enfermeiras de ligação dependem da colaboração das enfermeiras de diferentes categorias, especialmente das assistenciais que têm contato direto com os pacientes e conhecem as particularidades e necessidades de cada um, podendo apoiar as enfermeiras de ligação a melhor conhecer e compreender os pacientes.

Não é suficiente apenas conceber a abordagem multidisciplinar a partir da simples composição de um diversificado leque de profissionais, cada um atuando na sua área, de modo a contribuir para uma abordagem integral ao paciente; é essencial, diariamente, esforçar-se quando se quer cumprir o que, de fato, propõe a prerrogativa da multidisciplinaridade (SILVA; MIRANDA; ANDRADE, 2017).

Outro elemento que dificulta as práticas das enfermeiras de ligação é a incompreensão do papel da enfermeira de ligação, que pode estar relacionada à insuficiente colaboração das enfermeiras assistenciais e dos médicos. Neste sentido, acredita-se que o essencial é aproximação entre as diferentes categorias profissionais. Estudou que avaliou um programa de enfermeiras de enlace apontou que as mudanças no programa foram feitas por meio das demandas dos profissionais do hospital, da atenção primária, dos próprios pacientes e seus familiares, sempre com a ideia de manter o serviço de ligação aberto e orientado para avançar em qualidade, com grande disposição para o compartilhamento de conhecimentos (JÓDAR-SOLÀ et al., 2005).

Além disso, entende-se que para obter maior apoio das enfermeiras assistenciais, dos médicos e também ter seu papel melhor compreendido pelos colegas de trabalho; as enfermeiras de ligação podem engajar-se em projetos de pesquisa que demonstrem as suas práticas, os seus objetivos e como as suas práticas vêm contribuindo para a população e o sistema de saúde em que atuam. Pois, não há, na literatura científica evidências que abordem acerca das enfermeiras de ligação Quebequenses.

Outra dificuldade enfrentada pelas enfermeiras de ligação é a complexidade dos pacientes. Pacientes complexos são usualmente definidos como aqueles que

demandam cuidados complexos por apresentarem uma combinação de múltiplas doenças crônicas, problemas mentais, problemas com medicação e vulnerabilidade social. Cuidados complexos envolvem características relacionadas aos pacientes, aos profissionais, ao sistema de saúde e à relação entre os profissionais e os pacientes (MARTELLO et al., 2014). Isso torna a contrarreferência desse tipo de paciente mais difícil.

Em geral, pacientes complexos também possuem limitações funcionais o que remete à necessidade de uma pessoa para ajudá-lo nas atividades do cotidiano como se alimentar, se vestir, ir ao banheiro e, ainda, apoio do serviço social para o transporte, por exemplo. Também são propensos a ter doenças crônicas progressivas ou sofrerem complicações fatais (RICH et al., 2012).

Estudo que discutiu com profissionais da saúde e assistentes sociais sobre como melhorar o atendimento a pacientes complexos na comunidade apontou diversos elementos, dentre eles, destaca-se a realização de uma avaliação abrangente das necessidades dos pacientes, planejamento precoce das necessidades destes ainda durante a hospitalização, identificação da capacidade do paciente em tomar decisões e comunicação entre os diferentes serviços de saúde (KULUSKI et al., 2017), o que pode servir de inspiração para as práticas das enfermeiras de ligação.

6.5.2 Categoria: Elementos que facilitam as práticas das enfermeiras de ligação

Esta categoria é composta por quatro subcategorias: **processo de cuidado centrado no paciente; participação da família; compreensão do papel das enfermeiras de ligação pela equipe assistencial; recursos informáticos.**

O processo de cuidado centrado no paciente contempla diversos elementos como: a identificação precoce dos pacientes que necessitam do serviço de ligação, documentação do paciente completa e compreensível, conhecimento das enfermeiras assistenciais sobre as necessidades dos pacientes, boa comunicação e colaboração dos profissionais do hospital e dos serviços extra-hospitalares.

No início dos anos 2000, no Canadá, o cuidado centrado no paciente foi um dos elementos propostos em um “pacto pela saúde” e é definido como: a direção do sistema de cuidados de saúde moldada em torno das necessidades individuais dos pacientes, suas famílias e comunidades (ROMANOW, 2002 p.50). A prática,

baseada no CBF, vai ao encontro do cuidado centrado no paciente e aponta que as enfermeiras precisam aprender novos caminhos para se conectar, se engajar e iniciar um movimento que coloque o paciente no centro do cuidado, com foco na sua singularidade e nas suas forças (GOTTLIEB, 2013).

Para tanto, as profissionais precisam desenvolver competência comunicacional e interpessoal. Mesmo porque as enfermeiras, frequentemente, encontram pacientes e seus familiares em situações de crise e estresse e elas têm que saber como envolvê-los e ganhar a confiança desses em um curto espaço de tempo, para obter as informações relevantes que possam ajudar na elaboração do plano de cuidado do paciente (GOTTLIEB, 2013).

Na alta hospitalar, a prontidão e a segurança do paciente deve ser consequência de um planejamento que, definitivamente, o preparou para tal, sendo que indicadores físicos e psicossociais devem ser considerados neste planejamento. Além do mais, a enfermeira deve estar apta a investigar e a registrar a assistência fornecida para que as informações possam ser resgatadas e reexaminadas, tanto pela própria enfermeira quanto pelos demais membros da equipe assistencial (SUZUKI; CARMONA; LIMA, 2011).

As enfermeiras têm a responsabilidade tanto legal quanto ética de documentar suas observações, de modo claro, detalhado e em tempo hábil. Tradicionalmente, a documentação da enfermagem inclui anotações de enfermagem, relatórios de cada plantão, relatórios de incidentes críticos, entre outros. Recentemente, as enfermeiras têm começado a utilizar meios eletrônicos como tablets, Iphones e mídias sociais para documentar suas observações e compartilhar o que elas sabem acerca da pessoa e da família (GOTTLIEB, 2013).

A necessidade da comunicação perpassa a própria equipe de trabalho, abrangendo a necessidade de colaboração, também de outras equipes e outros serviços de saúde. A comunicação na atenção à saúde engloba a participação dos pacientes, da família e da comunidade na elaboração de um projeto comum de respostas às necessidades de saúde das pessoas (AGRELI; PEDUZZI; SILVA, 2016).

Ainda para as mesmas autoras:

À medida que os profissionais centram atenção no usuário e suas necessidades de saúde em todo processo de trabalho, construindo a ACP³⁹ na prática de cuidado, operam, simultaneamente, um deslocamento de foco para um horizonte mais amplo e além de sua própria atuação profissional, que se restringe ao âmbito da profissão e da especialidade. Este deslocamento dirige-se à prática compartilhada com profissionais de outras áreas (AGRELI; PEDUZZI; SILVA, 2016, p. 911).

Nesse sentido, verifica-se que as enfermeiras de ligação têm facilidade em se comunicar com profissionais do hospital, da regulação, da atenção primária em saúde e dos centros de readaptação, tanto para sanar dúvidas, quanto para discutir alguma situação de um paciente. Cenário semelhante foi apontado em pesquisa acerca das enfermeiras de enlace na Espanha, em que as constantes trocas entre as enfermeiras de ligação e a atenção primária foram possíveis (JÓDAR-SOLÀ et al., 2005).

Para a prática do cuidado, centrado no paciente, vislumbra-se que os profissionais precisam estar imersos em uma cultura organizacional com missão pautada em metas e estratégias que valorizem a comunicação efetiva, a qual reflete positivamente nos processos assistenciais, assim como na qualidade dos serviços prestados e na segurança de cada paciente (NOGUEIRA; RODRIGUES, 2015).

A participação da família do paciente também é um elemento essencial para as práticas das enfermeiras de ligação. Para Gottlieb (2013) mesmo que os familiares não estejam presentes, a enfermeira precisa pensar na família do paciente e questionar o paciente acerca desta. A enfermeira deve ter ciência que cada pessoa tem uma família de origem, que influencia no seu comportamento ao longo da vida e, ainda, que cada um faz parte de uma família. As condições da pessoa afetam a família com que convive ao mesmo tempo em que a pessoa é afetada pelas reações e as necessidades dos membros da família.

A família do paciente é um importante estímulo, que, por meio de suas estruturas e relacionamentos pode desenvolver ou desvelar determinado comportamento ineficaz ou adaptativo. Assim, é essencial que a enfermeira perceba estas características e as agregue na dinâmica do processo saúde-doença, com a finalidade de promover melhor qualidade de vida, especialmente no domicílio do paciente (NUNES; MENEZES FILHO, 2016).

³⁹Atenção Centrada no Paciente

Muitos pacientes têm capacidade reduzida de compreender as informações e participar na tomada de decisões; enquanto outros, por preferência, optam em não participar das decisões, nesse contexto, a participação de um membro da família torna-se ainda mais necessária. Ao explorar a participação de um parente próximo na alta hospitalar de pacientes idosos, foi revelado que eles promovem suporte a estes ao se responsabilizarem por apanhar os medicamentos na farmácia e transportar os pacientes do hospital para casa ou para outro serviço de saúde (DYRSTAD; LAUGALAND; STORM, 2015).

Ressalta-se que, no referido estudo, a participação tanto do paciente quanto de um parente próximo na alta hospitalar não era uma rotina da instituição hospitalar, (DYRSTAD; LAUGALAND; STORM, 2015) o que nos faz refletir que se fosse uma prática sistematizada, o suporte oferecido aos pacientes poderia ser ampliado, trazendo benefícios tanto para os pacientes quanto para os profissionais.

A compreensão do papel das enfermeiras de ligação também é um elemento que contribui para com as práticas destas enfermeiras. Quando as práticas dos profissionais são disseminadas e compreendidas pela equipe de trabalho, torna-se mais fácil obter a cooperação destes. Além do mais, quando um profissional conhece bem o que faz e o que o outro profissional faz, há melhor desempenho, o que propicia melhora da atenção oferecida ao paciente. O contato diário entre os membros da equipe tende a favorecer as inter-relações e a minimizar a sobrecarga e o estresse do trabalho (SAAR; TREVIZAN, 2007).

Assim, considera-se que a compreensão das práticas das enfermeiras de ligação pelos demais membros da equipe assistencial é facilitada pelas próprias enfermeiras ao interagir com os diferentes profissionais, a fim de atender as distintas e complexas necessidades dos pacientes e, ainda, ao advogar em prol dos pacientes. Em estudo que investigou a visão que os profissionais de uma equipe de saúde têm a respeito do papel desempenhado por seus companheiros de equipe demonstrou que a enfermeira foi a segunda profissional com o papel melhor delimitado pelos colegas de trabalho (SAAR; TREVIZAN, 2007).

Outro elemento que facilita as práticas das enfermeiras de ligação são os recursos informáticos que abarcam um sistema que armazena as informações dos pacientes contrarreferenciados pelo serviço de ligação e também o pedido de contrarreferência informatizados. Acredita-se que os registros informatizados auxiliam os profissionais da saúde na tomada de decisões, por permitir uma consulta

atemporal de uma gama de dados acerca das condições e necessidades dos pacientes. Podem propiciar a continuidade informacional, a integração entre diferentes serviços, beneficiando pacientes, familiares e profissionais.

Nesse sentido, a transferência de informações do hospital para a atenção primária por meio de registros eletrônicos, o acesso dos profissionais às informações de alta eletronicamente e o envolvimento compartilhado entre os profissionais do hospital e da atenção primária foram eficazes em pacientes encaminhados da atenção hospitalar para a atenção primária (HESSELINK et al., 2012).

Ao refletir acerca do contexto brasileiro e ter a APS como coordenadora do cuidado, é primordial que as instituições hospitalares disponham de sistemas informáticos que possam “conversar” com a APS e, ainda, de acordo com Almeida, Marin e Casotti (2017), a APS deve ser capaz de realizar o agendamento para a sua rede de referência desde que tenha à disposição instrumentos que possibilitem a integração assistencial, como centrais de regulação e prontuários eletrônicos compartilhados (ALMEIDA, MARIN, CASOTTI, 2017).

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O conhecimento das práticas das enfermeiras de ligação nos ajuda a delinear estratégias que efetivamente contribuam para o avanço da continuidade do cuidado no Brasil, podendo incluir a implantação de um serviço de ligação no âmbito hospitalar ou a instituição do cargo de ligação vinculado a um serviço já existente na estrutura da organização, o importante é a criação de um cargo para que a enfermeira possa dar conta das demandas e assegurar que o cuidado seja continuado.

Além disso, as práticas das enfermeiras de ligação nos mostram que é fundamental a definição das atividades que competem a estas enfermeiras, a disponibilização das informações acerca dos serviços e recursos presentes na rede de saúde, a construção de fluxos de contrarreferência que definam a trajetória de cada tipo de paciente, a adoção de um sistema de compartilhamento de informações entre os serviços. Quando os processos de trabalho em uma instituição são bem organizados, acabam por definir o verdadeiro papel do profissional e também fazem com que este seja reconhecido pelo trabalho que desenvolvem.

Dentre as competências e os atributos das enfermeiras de ligação fui surpreendida por elementos como advocacia e visão holística do paciente, o que significa que as enfermeiras de ligação defendem as necessidades dos pacientes, os colocam na centralidade de suas ações; frente aos interesses profissionais e institucionais. Declaram a necessidade de compreender o paciente na sua totalidade, em seu contexto de vida, não apenas na perspectiva da sua doença, o que é fundamental para advogar pelo paciente.

Ainda destaco o controle do estresse e a experiência clínica, pois as enfermeiras de ligação, além de serem mediadoras entre os diferentes profissionais e serviços envolvidos no cuidado; precisam tomar decisões clínicas que influenciam na segurança do paciente após a sua alta hospitalar. O controle do estresse e a experiência clínica também vão ao encontro com o perfil da maioria das enfermeiras que ocupam o cargo de ligação, ou seja, enfermeiras com onze anos ou mais de atuação na Enfermagem e com vivência na área clínica.

As atividades das enfermeiras de ligação demonstram a preocupação das enfermeiras com a continuidade do cuidado evidenciada pelo resgate do histórico do paciente, a identificação das necessidades do paciente e de um cuidador, a busca

pelo local ideal para a o paciente após a sua alta do hospital, a identificação dos serviços e recursos extra-hospitalares que poderão apoiar o paciente, a confirmação da compreensão das informações de alta pelo paciente e, ainda, a boa comunicação e relacionamento entre os profissionais durante o planejamento da alta.

As enfermeiras que atuam no cargo de ligação são profissionais que já fazem parte do complexo hospitalar, o que demonstra a valorização do hospital para com as enfermeiras que já atuam na instituição e a oportunidade das enfermeiras ascenderem na carreira profissional. O cargo de ligação caracteriza-se como um espaço de atuação da enfermeira em que ela realiza e coordena um conjunto de ações que contribuem para a continuidade do cuidado ao paciente após a alta hospitalar.

Acredita-se que a dificuldade da equipe médica em informar a alta hospitalar, com antecedência, seja a dificuldade que mais impacte na prática das enfermeiras de ligação e, é um problema que não acontece apenas no contexto quebequense. Nesse sentido, defende-se que duas estratégias poderiam ser adotadas pela chefia dos serviços de ligação; a estipulação de um prazo mínimo para o encaminhamento dos pacientes ao serviço de ligação e a elaboração de um indicador que monitore a percentagem de pacientes que foram encaminhados dentro do prazo estipulado, o que possibilita a iniciativa de ações para melhorar a dificuldade enfrentada pelas enfermeiras de ligação.

Dentre as facilidades apresentada pelas enfermeiras de ligação destaca-se o cuidado centrado na pessoa, que engloba o envolvimento dos profissionais do hospital e dos serviços extra-hospitalares a favor dos pacientes, demonstrado pelo desenvolvimento de ações que fazem parte do cotidiano dos profissionais de saúde, mas que se realizadas com qualidade fazem toda a diferença e, também, pela disponibilidade dos profissionais de diferentes níveis assistenciais de dialogarem com as enfermeiras de ligação acerca dos pacientes, revelando que juntos podem encontrar as melhores soluções para estes.

Em relação às contribuições da pesquisa para a Enfermagem como disciplina destaca-se a abordagem de um objeto de pesquisa pouco explorado, sendo um trabalho pioneiro no contexto brasileiro, o que abre um leque de possibilidades para o desenvolvimento de futuras pesquisas, como por exemplo, o impacto das práticas das enfermeiras de ligação na taxa de reinternação hospitalar, na satisfação dos

pacientes e outros indicadores assistenciais, o perfil dos pacientes contrarreferenciados pelas enfermeiras de ligação, entre tantas outras.

Quanto às contribuições para a Enfermagem como profissão, é possível demonstrar, por meio das práticas das enfermeiras de ligação o maior objetivo da profissão: o cuidar, pautado nas necessidades e na singularidade de cada paciente, no respeito ao próximo e na identificação dos seus recursos/forças. E, ainda, evidenciar como ações desenvolvidas por enfermeiras, no âmbito hospitalar, podem contribuir para que os cuidados sejam continuados na rede de saúde, desmistificando o hospital apenas como local de cura/reabilitação.

O estágio de pesquisa desenvolvido na *Université Laval* foi fundamental para o desenvolvimento desta pesquisa e para minha formação acadêmica, por possibilitar a verificação *in loco* das práticas das enfermeiras de ligação e pela indicação do referencial teórico, que foi substancial para a leitura das práticas das enfermeiras de ligação e também para apontar a importância da profissão ter um referencial, próprio da Enfermagem, para orientar as suas práticas.

As limitações desta pesquisa abarcaram a não inclusão da descrição do cargo de ligação e das normas que regulamentam o trabalho das enfermeiras de ligação. Acredita-se que estes elementos poderiam trazer contribuições para melhor discussão acerca das práticas das enfermeiras de ligação. Destaca-se que apenas um dos locais de pesquisa tinha a descrição do cargo de ligação e preferiu enviá-la por correio eletrônico, não compondo a entrevista aberta, técnica adotada nesta pesquisa. Pelo fato de só um hospital possuir a descrição de cargo e, a não inclusão de dados documentais no projeto inicial, não foi utilizado a descrição de cargo enviada.

Além do mais, devido as diferenças culturais, econômicas, sociais, e de população absoluta entre o Canadá e Brasil, os hospitais interessados em implantar as práticas das enfermeiras de ligação precisam adaptar determinados elementos conforme a realidade de cada local. Porém, para minimizar estas diferenças, durante a discussão dos dados, procurou-se, quando possível, uma aproximação com o contexto brasileiro. Acredita-se fortemente que a adoção das práticas das enfermeiras de ligação quebequenses é uma estratégia que pode contribuir para enfrentamento da descontinuidade do cuidado na RAS no Brasil.

REFERÊNCIAS

AGRELI, H. F.; PEDUZZI, M.; SILVA, M. C. Atenção centrada no paciente na prática interprofissional colaborativa. **Interface**, v. 20, n. 59, p. 905-916, 2016. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/icse/v20n59/1807-5762-icse-1807-576220150511.pdf>>. Acesso em: 10 jul. 2017.

AIRES, L. C. P. et al. Referência e contrarreferência do bebê egresso da unidade neonatal no sistema de saúde: percepção de profissionais de saúde da Atenção Primária. **Esc Anna Nery**, v. 21, n. 2, e20170028, 2017. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-81452017000200201&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 10 set. 2017.

ALBUQUERQUE, F. R. P. de C.; SILVA, L. G. de C. Tendência dos níveis e padrões de mortalidade e seus diferenciais regionais no período de 2020-2030. Brasil, grandes regiões e unidades de federação. In: Ervati, L. R.; Borges, G. M.; Jardim, A. de P. **Mudança demográfica no Brasil no início do século XXI: subsídios para as projeções da população**. Rio de Janeiro: IBGE, 2015. p. 49-86. Disponível em: <<https://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/livros/liv93322.pdf>>. Acesso em: 17 agos. 2017.

ALLER, M. B. et al. A first approach to differences in continuity of care perceived by immigrants and natives in the catalan public healthcare system. **Int. J. Environ. Res. Public Health**, v.10, p. 1474-1488, 2013.

ALMEIDA, P. F. de; MARIN, J., CASOTTI, E. Estratégias para consolidação da coordenação do cuidado pela atenção básica. **Trab. Educ. Saúde**, v. 15 n. 2, p. 373-398, 2017. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/tes/v15n2/1678-1007-tes-1981-7746-sol00064.pdf>>. Acesso em: 11 jul. 2017.

AMARAL, C. E. M; BOSI, M. L. M. O desafio da análise de redes de saúde no campo da saúde coletiva. **Saúde Soc.**, v. 26, n. 2, p. 424-434, 2017. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/sausoc/v26n2/1984-0470-sausoc-26-02-00424.pdf>>. Acesso em: 10 agos. 2017.

AMERICAN ACADEMY OF FAMILY PHYSICIANS. Continuity of care, definition of. Disponível em: <<http://www.aafp.org/about/policies/all/definition-care.html>>. Acesso em: 08 jan. 2017.

ASSOCIATION DES INFIRMIÈRES ET INFIRMIER DU CANADA. **Cadre des compétences de base des infirmières et infirmiers praticiens du Canada**. Ottawa, 2010. Disponível em: <http://www.cno.org/globalassets/for/rnec/pdf/competencyframework_fr.pdf> . Acesso em: 10 jul. 2017.

AUED, G. K. et al. Competências clínicas do enfermeiro assistencial: uma estratégia para gestão de pessoas. **Rev Bras Enferm**, v. 69, n.1, p. 30-37, 2016. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reben/v69n1/0034-7167-reben-69-01-0142.pdf>>. Acesso em: 10 jul. 2017.

AVENIR EN SANTÉ. **Centres d'hébergement et de soins de longue durée (CHSLD)**. Québec, 2017. Disponível em: <<http://avenirensante.gouv.qc.ca/milieux-de-travail/centre-dhebergement-et-de-soins-de-longue-duree>>. Acesso em: 02 set. 2017.

BACHRACH, L. L. Continuity of care for chronic mental patients: a conceptual analysis. **Am J Psychiatry**, v. 138, n. 11, p.1449–1456, 1981. **Pubmed**, Bethesda, 2006. Ref. 7294213. Resumo. Disponível em:<<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/7294213>>. Acesso em: 10 jun. 2015.

BACKES, D. S. et al. O papel do enfermeiro no contexto hospitalar: a visão de profissionais de saúde. **Cienc Cuid Saude**, v. 7, n. 3, p. 319-326, 2008. Disponível em:<<http://eduem.uem.br/ojs/index.php/CiencCuidSaude/article/viewFile/6490/3857>> Acesso em: 10 jun. 2015.

BANOV, M. R. Recrutamento, seleção e competências. São Paulo: Atlas, 2010.

BAIRD, J. et al. Do you know my child? continuity of nursing care in the pediatric intensive care unit. **Nursing Research**, v.65, n.2, p. 142-150.

BARALDI, R. Coup d'oeil sur les soins et services à domicile reçus par les aînés au Québec en 2013-2014: serie enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes. **Zoom santé**, n. 57, 2016. Disponível em: <http://www.bdso.gouv.qc.ca/docs-ken/multimedia/PB01671FR_zoom_sante_57_2016H00F00.pdf>. Acesso em: 10 jul. 2017.

BARDIN, L. **Análise de Conteúdo**. 1. ed. São Paulo: 2011.

BARKER, I.; STEVENTON, A.; DEENY, S. R. Association between continuity of care in general practice and hospital admissions for ambulatory care sensitive conditions: cross sectional study of routinely collected, person level data. **BMJ**, v. 356, p. 2-9, 2017. Disponível em: <<http://www.bmj.com/content/356/bmj.j84.long>>. Acesso em: 10 jul. 2017.

BAYDOUN, M.; DUMIT, N.; DAOUK-ÖYRY, L. What do nurse managers say about nurses' sickness absenteeism? a new perspective. **Journal of Nursing Management**, v. 24, n.1, p. 97–104, 2016. Disponível em: <<http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/jonm.12277/abstract;jsessionid=F1384BEAB4A2FA574307B75EBAE13701.f03t01>>. Acesso em: 10 maio 2016.

BENTLER, S. E. et al. The association of longitudinal and interpersonal continuity of care with emergency department use, hospitalization, and mortality among medicare beneficiaries. **Continuity of Care and Health Outcomes**, v. 22, p. 1-18, 2014. Disponível em:<<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4274086/pdf/pone.0115088.pdf>>. Acesso em: 10 jun. 2015.

BEAUDELOT, M. C. Infirmière de liaison, un pont entre les monds. **Santé conjugué**, n. 64, 2013. Disponível em: <<http://www.maisonmedicale.org/Infirmier-de-liaison-un-pont-entre.html>>. Acesso em: 03 jul. 2017.

BENNER, P. From novice to expert: excellence and power in clinical nursing practice. New Jersey: Prentice Hall, 2001.

BELLAGUARDA, M. L. R. et al. Reflection on the legitimacy of the autonomy at nursing in the field of the health professions in the light of Eliot Freidson's ideas. **Esc Anna Nery**, v. 17, n. 2, p. 369-374, 2013. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/ean/v17n2/v17n2a23.pdf>>. Acesso em: 10 jun. 2015.

BERNARDES, A. et al. Contextualização das dificuldades resultantes da implementação do modelo de gestão participativa em um hospital público. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, v. 20, n. 6, 10 telas, 2012. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v20n6/pt_17.pdf>. Acesso em: 03 jul. 2017.

BERNARDINO, E. et al. Enfermeira de ligação: uma estratégia de integração em rede. **Rev Bras Enferm**, v. 63, n. 3, p. 459-463, 2010. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reben/v63n3/a18v63n3.pdf>>. Acesso em: 10 maio 2015.

BERNARDINO, E. (Coordenador). Estratégias de integração em rede: contribuições do enfermeiro. Curitiba: Universidade Federal do Paraná, 2014. 57 f. (UFPR. Programa de Pós Graduação em Enfermagem. Projeto 36975914.5.0000.0102). Projeto em andamento.

BILODEAU, K.; DUBOIS, S.; PEPIN, J. La trajectoire de soins au sein d'équipes interprofessionnelles en oncologie : perspectives de patients et de proches. **Revue canadienne de soins infirmiers en oncologie**, v.25, n.1, p. 23-29, 2015. Disponível em: <http://www.canadianoncologynursingjournal.com/index.php/conj/article/view/13/pdf_24>. Acesso em: 10 jul. 2017.

BOGO, P. C. **Atuação do enfermeiro no gerenciamento de materiais em hospitais de ensino do Paraná**. 2013. 137 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Setor de Ciências da Saúde, Universidade Federal do Paraná, Curitiba, 2013.

BONFADA, D. et al. A integralidade da atenção à saúde como eixo da organização tecnológica nos serviços. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 17, n. 2, p. 555-560, 2012. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v17n2/a28v17n2.pdf>>. Acesso em: 28 jul. 2015.

BORGES, G. M.; CAMPOS, M. B.; SILVA, L. G. C. Transição da estrutura etária no Brasil: oportunidades e desafios para a sociedade nas próximas décadas. In: ERVATI, L. R.; BORGES, G. M.; JARDIM, A. P. **Mudança demográfica no Brasil no início do século XXI subsídios para as projeções da população**. Rio de Janeiro: IBGE, 2015. p.138 -153. Disponível em: <<http://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/livros/liv93322.pdf>>. Acesso em: 10 jul. 2015.

BUCCHI, S. M. et al. Enfermeiro instrutor no processo de treinamento admissional do enfermeiro em unidade de terapia intensiva. **Acta Paul Enferm**, v. 24, n. 3, p. 381-387, 2011. Disponível em: < <http://www.scielo.br/pdf/ape/v24n3/12.pdf>>. Acesso em: 10 jul. 2017.

BURKE, R. E. et al. Moving beyond readmission penalties: creating an ideal process to improve transitional care. **J Hosp Med**, v. 8, n. 2, p. 102-109, 2013. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/pmc3650641/>>. Acesso em: 10 jul. 2017.

BRASIL. Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. **Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento**. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8080.htm>. Acesso em: 23 de maio 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Humanização. Humaniza SUS: documento base para gestores e trabalhadores do SUS**. 3. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2006. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/documento_base.pdf>. Acesso em: 20/08/2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 4.279, de 30 de dezembro de 2010. Estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). **Diário Oficial da República Federativa do Brasil**. Brasília, DF, 31 dez. 2010. Disponível em: <http://conselho.saude.gov.br/ultimas_noticias/2011/img/07_jan_portaria4279_301210.pdf>. Acesso em: 29 de jun. 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Plano de ações estratégicas para o enfrentamento das doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) no Brasil 2011-2022**. Brasília: Ministério da Saúde, 2011a. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/plano_acoes_enfrent_dcnt_2011.pdf>. Acesso em: 10 jul. 2015.

BRASIL. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **Planificação da atenção primária à saúde nos estados**. Brasília: CONASS, 2011b. Disponível em: <http://www.conass.org.br/conassdocumenta/cd_23.pdf>. Acesso em: 23 de maio 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Curso de autoaprendizado. Redes de atenção à saúde no Sistema Único de Saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2012a.

BRASIL. Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012b. **Aprova as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo os seres humanos**. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/2013/res0466_12_12_2012.html>. Acesso em: 10 jul. 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 3.390, de 30 de dezembro de 2013a. **Institui a Política Nacional de Atenção Hospitalar (PNHOSP) no âmbito do**

Sistema Único de saúde (SUS), estabelecendo-se as diretrizes para a organização do componente hospitalar da rede de atenção à saúde (RAS).

Disponível em

<http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt3390_30_12_2013.html>.

Acesso em: 03 jul. 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. Diretrizes para o cuidado das pessoas com doenças crônicas nas redes de atenção à saúde e nas linhas de cuidado prioritárias. Brasília: Ministério da Saúde, 2013b Disponível em:

<http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/diretrizes%20_cuidado_pessoas%20_doencas_cronicas.pdf>. Acesso em: 01 agos. 2017.

BRASIL. Ministério da saúde. Portaria nº 963, de 27 de maio de 2013c. Redefine a atenção domiciliar no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Disponível em:

<http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt0963_27_05_2013.html>.

Acesso em: 10 jul.2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. Implantação das Redes de Atenção à Saúde e outras estratégias da SAS. Brasília: Ministério da Saúde, 2014. Disponível em:

<http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/implantacao_redes_atencao_saude_sas.pdf>. Acesso em: 10 jul. 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. Segurança do paciente no domicílio. Brasília: Ministério da Saúde, 2016. Disponível em:

http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/seguranca_paciente_domicilio.pdf>.

Acesso em: 03 jul. 2017.

BRASIL. Portal da saúde. Vigilância das doenças crônicas não transmissíveis.

Disponível em: <<http://portalsaude.saude.gov.br/index.php/o-ministerio/principal/leia-mais-o-ministerio/671-secretaria-svs/vigilancia-de-a-a-z/doencas-cronicas-nao-transmissiveis/14125-vigilancia-das-doencas-cronicas-nao-transmissiveis>>. Acesso em: 10 jul. 2017.

BRITO, E. S. V.; OLIVEIRA, R. C.; SILVA, M. R. F. Análise da continuidade da assistência à saúde de adolescentes portadores de diabetes. Rev. Bras. Saúde Matern. Infant, v.12, n.4, p. 413-423, 2012. Disponível em:

<<http://www.scielo.br/pdf/rbsmi/v12n4/a08v12n4.pdf>>. Acesso em: 03 jul. 2017.

BRUSAMOLIN, L.; MONTEZELI, J. H.; PERES, A. M. Utilização das competências gerenciais por enfermeiros de um pronto atendimento hospitalar. Rev enferm UFPE on line, v. 4, n. 2, p. 808-814, 2010. Disponível em:

<http://www.revista.ufpe.br/revistaenfermagem/index.php/revista/article/viewFile/984/pdf_20>. Acesso em: 06 agos. 2017.

CALDERERO, A. R. L.; MIASSO, A. I.; CORRADI-WEBSTER, C. M. C. Estresse e estratégias de enfrentamento em uma equipe de enfermagem de pronto atendimento. Revista Eletrônica de Enfermagem, v. 10, n.1, p. 51-62, 2008.

Disponível em: <https://www.fen.ufg.br/fen_revista/v10/n1/pdf/v10n1a05.pdf>.

Acesso em: 10 jul. 2017.

CAMPOS, M. B.; BORGES, G. M. Projeções de níveis e padrões de fecundidade no Brasil. In: ERVATI, L. R.; BORGES, G. M.; JARDIM, A. P. **Mudança demográfica no Brasil no início do século XXI subsídios para as projeções da população**. Rio de Janeiro: IBGE, 2015. p. 30-41. Disponível em: <<https://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/livros/liv93322.pdf>>. Acesso em: 10 jul. 2015.

CANADÁ. Ministre de l'Industrie. **Taux d'absence du Travail 2011**. Ottawa, 2012. Disponível em: <<http://www.statcan.gc.ca/pub/71-211-x/71-211-x2012000-fra.pdf>>. Acesso em: 10 ago. 2017.

CARDOSO, C., G.; HENNINGTON, É. A. Trabalho em equipe e reuniões multiprofissionais de saúde: uma construção à espera pelos sujeitos da mudança. **Trab. Educ. Saúde**, v. 9, suplemento 1, p. 85-112, 2011. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/tes/v9s1/05.pdf>>. Acesso em: 10 jul. 2017.

CARVALHO, M. I. L. B. Política de saúde e de cuidados continuados integrados em Portugal. O planeamento da alta em Serviço Social. **R. Katál**, v. 17, n. 2, p. 261-271, 2014. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rk/v17n2/1414-4980-rk-17-02-0261.pdf>>. Acesso em: 10 jul. 2017.

CARVALHO, D. P. et al. Ser cuidador e as implicações do cuidado na atenção domiciliar. **Texto Contexto Enferm**, v. 24, n. 2, p. 450-458, 2015. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/tce/v24n2/pt_0104-0707-tce-24-02-00450.pdf>. Acesso em: 11 jul. 2017.

CENTRE DE SANTÉ ET DE SERVICES SOCIAUX DES ÎLES. **Cadre de reference pour le soutien à domicile**. Québec, 2011.

COREN-SP. Conselho Regional de Enfermagem de São Paulo. **Projeto competências**. São Paulo, 2009.

CIETO, B. B. et al. Recursos e inovações de enfermagem para a alta: revisão integrativa. **REME**, v. 18, n. 3, p. 752-757, 2014. Disponível em: <<http://www.reme.org.br/artigo/detalhes/960>>. Acesso em: 10 jul. 2015.

COFEN. Resolução nº 358 de 15 outubro de 2009. **Dispõe sobre a sistematização da assistência de enfermagem e a implementação do processo de enfermagem em ambientes, públicos ou privados, em que ocorre o cuidado profissional de enfermagem, e dá outras providências**. Brasília-DF, 2009. Disponível em: <http://www.cofen.gov.br/resoluo-cofen-3582009_4384.html>. Acesso em: 13 jul. 2017.

COFEN. **Pesquisa perfil da enfermagem no Brasil**: banco de dados, 2015. Disponível em: <<http://www.cofen.gov.br/perfilenfermagem/>>. Acesso em: 01 set. 2016.

COLEMAN, E. A.; BOULT, C. Improving the quality of transitional care for persons with complex care needs. **J Am Geriatr Soc**, v. 51, n. 4, p. 556-557, 2003. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12657079>>. Acesso em: 01 jul. 2016.

COLEMAN, E. A. et al. The care transitions intervention: results of a randomized controlled trial. **Arch Intern Med.**, v. 16, p. 1822-1828, 2006. Disponível em: <<https://jamanetwork.com/journals/jamainternalmedicine/fullarticle/10.1001/archinte.166.17.1822>>. Acesso em: 01 jul. 2015.

COMPETÊNCIAS GÊNERICAS: **Débrouillardise**. Disponível em: <<http://mescompetencesgeneriques.net/debrouillardise/>>. Acesso em: 24 jul 2017.

CÓNSUL-GIRIBET, M.; MEDINA-MOYA, J. L. Pontos fortes e deficiências da aprendizagem baseada em problemas sob a perspectiva profissional de enfermeiras. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, v. 22, n. 5, p. 724-730, 2014. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v22n5/pt_0104-1169-rlae-22-05-00724.pdf>. Acesso em: 29 set. 2017.

CORNWELL, J. et al. Continuity of care for older hospital patients A call for action. **The King's Fund**, p. 1-32, 2012. Disponível em: <https://www.kingsfund.org.uk/sites/default/files/field/field_publication_file/continuity-of-care-for-older-hospital-patients-mar-2012.pdf>. Acesso em: 01 jul. 2015.

COSTA, J. P. et al. Resolubilidade do cuidado na atenção primária: articulação multiprofissional e rede de serviços. **Saúde e Debate**, v.38, n. 103, p. 733-743, 2014. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/sdeb/v38n103/0103-1104-sdeb-38-103-0733.pdf>>. Acesso em: 24 jul 2017.

COSTA, K. S. et al. Assistência farmacêutica nas redes de atenção à saúde do SUS In: BRASIL. Ministério da saúde. **Cuidado farmacêutico na atenção básica: caderno 1**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2014. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/servicos_farmaceuticos_atencao_basica_saude.pdf>. Acesso em: 10 jul. 2017.

CUNHA, K. S. et al. Revascularização miocárdica: fatores interventores na referência e contrarreferência na atenção primária à saúde. **Rev Esc Enferm USP**, v. 50, n. 6, p. 965-972, 2016. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v50n6/pt_0080-6234-reeusp-50-06-00965.pdf>. Acesso em: 25 fev. 2017.

CHEN, H.; TU, Y.; CHEN, C. Effect of continuity of care on quality of life in older adults with chronic diseases: a meta-analysis. **Clin Nurs Res**, v. 20, n.3, p.266-284, 2016. Disponível em: <<http://journals.sagepub.com/doi/pdf/10.1177/1054773815625467>>. Acesso em: 20 jul. 2015.

CHEN, Y.; BRENNAN, N.; MAGRABI, F. Is email an effective method for hospital discharge communication? A randomized controlled trial to examine delivery of computer-generated discharge summaries by email, fax, post and patient hand delivery. **International journal of medical informatics**, v. 79, n. 3, p. 167-172,

2010. Disponível em: <http://ac.els-cdn.com/S1386505610000043/1-s2.0-S1386505610000043-main.pdf?_tid=048d65f6-73ce-11e7-b9e8-00000aacb361&acdnat=1501271614_025fe704d4245cb9adfb7392480303b>. Acesso em: 28 jul.2017.

CHIAVENATO, I. **Planejamento, recrutamento e seleção de pessoal**: como agregar talentos à empresa. 7. ed. Barueri: Manole, 2009.

CHUEIRI, P. S. et al. Pessoas com doenças crônicas, as redes de atenção e a atenção primária à saúde. **Divulgação em saúde para debate**, n. 52, p. 114-124, 2014. Disponível em: <<https://www.lume.ufrgs.br/bitstream/handle/10183/142570/000992554.pdf?sequenc e=1>>. Acesso em: 10 agos. 2015.

CRUZ, I. M. L. da, MANTOVANI, M. de F. Orientação de enfermagem para a alta hospitalar do paciente neoplásico. **Cogitare Enferm.**, v. 19, n. 4, p. 687-693, 2014. Disponível em: <<http://revistas.ufpr.br/cogitare/article/view/36261/23927>>. Acesso em: 07 agos. 2017.

CRUZ, S. P. de la; CRUZ, J. C.; ABELLÁN, M. V. Estrés laboral en profesionales de enfermería de un hospital de tercer nivel. **Metas enferm**, v. 19, n. 3, p. 27-32, 2016. Disponível em: <<http://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/ibc-153592>>. Acesso em: 10 jul. 2017.

CHU DE QUEBEC. Université Laval. **Historique**. Québec, 2017. Disponível em: <<https://www.chudequebec.ca/a-propos-de-nous/qui-sommes-nous/historique.aspx>>. Acesso em: 07 agos. 2017.

CHU DE QUÉBEC. Université laval. **Rapport annuel de gestion 2015-2016**. Québec, 2016. Disponível em: <<https://www.chudequebec.ca/getmedia/272c3516-c62f-40ac-93a7-ad6917c4d612/Rap-ann-gestion-chu-qc-15-16-final.aspx>>. Acesso em: 10 ago. 2017.

CHUM FONDATION. **Histoire, mission et role**. Disponível em: <<http://fondationduchum.com/fondation/histoire-mission-et-role/>>. Acesso em: 30 jul. 2017.

DAHLBERG, U.; AUNE, I. The woman's birth experience- The effect of interpersonal relationships and continuity of care. **Midwifery**, v. 29, p. 407-415, 2013.

DECLARAÇÃO DE ALMA ATA. **Cuidados primários de saúde**, 1978. Disponível em: <<http://cmdss2011.org/site/wp-content/uploads/2011/07/Declara%C3%A7%C3%A3o-Alma-Ata.pdf>>. Acesso em: 30 jun. 2015.

DELATORRE, P. G. et al. Planejamento para a alta hospitalar como estratégia de cuidado de enfermagem: revisão integrativa. **J Nurs UFPE on line.**, v.7, n. especial, p. 7151-7159, 2013. Disponível em: <http://www.revista.ufpe.br/revistaenfermagem/index.php/revista/article/view/3968/pdf_4298>. Acesso em: 30 jun. 2017.

DENZIN, N. K.; LINCOLN, Y. S. **O planejamento da pesquisa qualitativa: teorias e abordagens**. Porto Alegre: Bookman Artmed, 2006.

DEUS, A. D. de; MELO, E. M. de. Avaliação de uma experiência de gestão hospitalar participativo no âmbito do SUS: produção de saúde, sujeitos e coletivos. **Saúde Debate**, v. 39, n. 106, p. 601-615, 2015. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/sdeb/v39n106/0103-1104-sdeb-39-106-00601.pdf>>. Acesso em: 07 agos. 2017.

DUARTE, E. D. et al. Cuidado à criança em condição crônica na atenção primária: desafios do modelo de atenção à saúde. **Texto Contexto Enferm**, v. 24, n. 4, p. 1009-1017, 2015. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/tce/v24n4/pt_0104-0707-tce-24-04-01009.pdf>. Acesso em: 10 agos. 2017.

DUBOW, C. et al. Linha de cuidado como dispositivo para a integralidade da atenção a usuários acometidos por agravos neoplásicos de cabeça e pescoço. **Saúde Debate**, v. 38, n. 100, p. 94-103, 2014. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/sdeb/v38n100/0103-1104-sdeb-38-100-0094.pdf>>. Acesso em: 13 jul. 2017.

DUTRA, J. S. **Competências: conceitos e instrumentos para gestão de pessoas na empresa moderna**. São Paulo: Atlas, 2004.

DYRSTAD, D. N. A.; LAUGALAND, K. A.; STORM, M. An observational study of older patients' participation in hospital admission and discharge – exploring patient and next of kin perspectives. **JCN**, v. 24, p. 1639-1706, 2015. <<http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/jocn.12773/epdf>>. Acesso em: 13 jul. 2017.

EASLEY, J. et al. Patients' experiences with continuity of cancer care in Canada. **Can Fam Physician.**, v. 62, n. 10. p. 821-827, 2016. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5063773/>>. Acesso em: 15 jul. 2017.

ENHANCING THE CONTINUUM OF CARE. **Report of the avoidable hospitalization advisory panel**, 2011 Disponível em: <http://www.health.gov.on.ca/en/common/ministry/publications/reports/baker_2011/baker_2011.aspx>. Acesso em: 15 jul. 2017.

FAUSTINO, E. B. et al. Diabetes mellitus: busca ativa em portadores de obesidade. **Cogitare Enferm.**, v. 16, n. 1, p. 110-115, 2011. Disponível em: <<http://revistas.ufpr.br/cogitare/article/viewFile/21120/13946>>. Acesso em: 15 jul. 2017.

FELDMANN, L. B.; RUTHES, R. M. Criatividade. In: BALSANELLI, A. P. et al. **Competências gerenciais: desafios para os enfermeiros**. 2. ed. São Paulo: Martinari, 2011b

FELDMANN, L. B.; RUTHES, R. M. Comunicação. In: BALSANELLI, A. P. et al. **Competências gerenciais: desafios para os enfermeiros**. 2. ed. São Paulo: Martinari, 2011a

FERNÁNDEZ-SOLA C. et al. Strategies to develop the nursing process and nursing care plans in the health system in Bolivia. **Int Nurs Rev.**, v. 58, n. 3, p. 392-399, 2011. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21848789>>. Acesso em: 15 jul. 2017.

FIGUEIREDO, P. P. de. A não implementação do processo de enfermagem: reflexão apoiada em conceitos de Deleuze e Guattari. **Texto Contexto Enferm**, v.23, n. 4, p. 1136-1144, 2014. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/tce/v23n4/pt_0104-0707-tce-23-04-01136.pdf>. Acesso em: 04 jul. 2017.

FORMENTON, A.; MININEL, V. A.; LAUS, A. M. Absenteísmo por doença na equipe de enfermagem de uma operadora de plano de saúde. **Rev enferm UERJ**, v. 22, n. 1, p. 42-49. Disponível em: <<http://www.facenf.uerj.br/v22n1/v22n1a07.pdf>>. Acesso em: 10 jul. 2017.

FUJI, K. T.; ABBOTT, A. A.; NORRIS, J. K. Exploring care transitions from patient, caregiver, and health-care provider perspectives. **Clinical Nursing Research**, v. 22, n. 3, p. 258-274, 2012. Disponível em: <<http://journals.sagepub.com/doi/pdf/10.1177/1054773812465084>> Acesso em: 04 agos. 2017.

FLICK, U. **Introdução à pesquisa qualitativa**. 3. ed. Porto Alegre: Artmed, 2009.

FLORIANO, L. A. et al. Cuidado realizado pelo cuidador familiar ao idoso dependente, em domicílio, no contexto da estratégia de saúde da família. **Texto Contexto Enferm**, v. 21, n. 3, p. 543-548, 2012. Disponível em: <<http://www.index-f.com/textocontexto/2012pdf/21-543.pdf>>. Acesso em: 10 jul. 2017.

FRANCISCHETTO, E. O'C. et al. Discharge interventions for older patients leaving hospital: protocol for a systematic meta-review. **Syst Rev.**, v. 5, n.46, p. 1-8, 2017. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4793488/>>. Acesso em: 15 maio 2015.

FRATINI, J. R. G.; SAUPE, R.; MASSAROLI, A. Referência e contrarreferência: contribuição para a integralidade em saúde. **Ciência Cuidado e Saúde**, v. 7, n. 1, p. 65-72, 2008. Disponível em: <<http://www.periodicos.uem.br/ojs/index.php/CiencCuidSaude/article/view/4908/321>>. Acesso em: 15 maio 2015.

FRAMPTON, S. B.; GUASTELLO, S.; LEPORE, M. Compassion as the foundation of patient-centered care: the importance of compassion in action. **J Comp Eff Res.**, v. 2, n. 5, p. 443-455, 2013.

FREEMAN, G. K. et al. **Continuity of care 2006: what have we learned since 2000 and what are policy imperatives now?** Report for the National Co-ordinating

Centre for NHS Service Delivery and Organisation R & D, 2007. Disponível em: <http://www.netscc.ac.uk/hsdr/files/project/SDO_FR_08-1609-138_V01.pdf>. Acesso em: 10 jul. 2015.

FREEMAN, G. K; OLESENA, F.; HJORTDAHL, P. Continuity of care: an essential element of modern general practice? **Family Practice**, v. 20, n. 6, p. 623-627, 2003.

FREITAS, L. F. C.; MOREIRA, D. A.; BRITO, M. J. M. A continuidade do cuidado na perspectiva do ser cuidado. **Cogitare Enferm.**, v. 19, v. 4, p. 694-700, 2014.

Disponível em:

<<http://ojs.c3sl.ufpr.br/ojs/index.php/cogitare/article/view/35993/23929>>. Acesso em: 10 jul. 2015.

GALLANI, M. C.; DALLAIRE, C. Desenvolvimento de competências em enfermagem: porque e como. **Cogitare Enferm.**, v. 19, n.1, p. 9-11, 2014. Disponível em:

<<http://revistas.ufpr.br/cogitare/article/view/35924/22156>>. Acesso em: 15 jul. 2015.

GANZELLA, M.; ZAGO, M. M. F. A alta hospitalar na avaliação de pacientes e cuidadores: uma revisão integrativa da literatura. **Acta Paul Enferm**, v. 21, n. 2, p. 351-355, 2008. Disponível em:

<http://www.scielo.br/pdf/apv/v21n2/pt_a19v21n2.pdf>. Acesso em: 15 jul. 2015.

GIBBENS, C. Nurse-facilitated discharge for children and their families. **Pediatric Nurs**, v. 22, n. 1, p. 14-8, 2010. Disponível em:

<<http://journals.rcni.com/doi/pdfplus/10.7748/paed.22.1.14.s28>>. Acesso em: 11 jul. 2017.

GIL, A. C. **Como elaborar projetos de pesquisa**. 5. ed. São Paulo: Atlas, 2010.

GIL, A. C. **Métodos e técnicas de pesquisa social**. 6. ed. São Paulo: Atlas, 2011.

GÓIAS, R. M. de O. et al. Liderança em enfermagem: desafio nas práticas gerenciais a partir de um estudo bibliográfico. **Ciências Biológicas e de Saúde**, v.3, n.1, p.73-86, 2015. Disponível em:

<<https://periodicos.set.edu.br/index.php/cadernobiologicas/article/view/2429/1458>>. Acesso em: 18 jan. 2017.

GOMES, K. O. et al. Atenção Primária à Saúde – a “menina dos olhos” do SUS: sobre as representações sociais dos protagonistas do Sistema Único de Saúde.

Ciência & Saúde Coletiva, v.16, suplemento 1, p. 881-892, 2011. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v16s1/a20v16s1.pdf>>. Acesso em: 17 jul. 2016.

GOTTLIEB, L. N. Strengths-Based Nursing: a holistic approach to care, grounded in eight core values. **AJN**, v.114, n. 8, p. 24-32, 2014.

GOTTLIEB, L. N. **Strengths- Based Nursing Care: health and healing for person and family**. New York: Springer Publishing Company, 2013.

GOULART, F. A. de A. **Doenças crônicas não transmissíveis: estratégias de controle e desafios e para os sistemas de saúde**. Brasília: Ministério da Saúde,

2011. Disponível em:<

<https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/4857.pdf>>. Acesso em: 17 jul. 2016.

GULLIFORD, M.; NAITHANI, S.; MORGAN, M. What is 'continuity of care'? **Journal of Health Services Research & Policy**, v. 11, n. 4, p. 248-50, 2006.

GRITTI, C. C. et al. Doenças crônicas não transmissíveis e antecedentes pessoais em reinternados e contribuição da terapia ocupacional. **Cad. Saúde Colet.**, v. 23, n. 2, p. 214-219, 2015. Disponível em: < <http://www.scielo.br/pdf/cadsc/v23n2/1414-462X-cadsc-23-2-214.pdf>>. Acesso em: 10 jul. 2015.

BERNARDINO, J. L. et al. Continuity of care: a multidisciplinary review. **BMJ**, v. 325, p. 1219-1221, 2003. Disponível em: <<http://www.bmj.com/content/bmj/327/7425/1219.full.pdf>>. Acesso em: 08 agos. 2016.

HARTZ, Z. M. A.; CONTANDRIOPOULOS, A. P. Integralidade da atenção e integração de serviços de saúde: desafios para avaliar a implantação de um "sistema sem muros". **Caderno de Saúde Pública**, v. 20, suplemento 2, p. 331-336, 2004. Disponível em:<<http://www.scielo.br/pdf/csp/v20s2/26.pdf>>. Acesso em: 10 maio 2015.

HEATON, J.; CORDEN, A.; PARKER, G. 'Continuity of care': a critical interpretive synthesis of how the concept was elaborated by a national research programme. **International Journal of Integrated Care**, v. 12, p.1-9, 2012. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3429143/>>. Acesso em: 10 maio 2015.

HELITO, R. A. B. Flexibilidade. In: BALSANELLI, A. P. et al. **Competências gerenciais**: desafios para os enfermeiros. 2 ed. São Paulo: Martinari, 2011.

HENNEN, B. K. E. Learning continuity of care. **Can Fam Physician**, v. 27, p.831-833, 1981. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2305974/>> Acesso em: 15 jul. 2015.

HESSELINK, G. et al. Improving patient handovers from hospital to primary care. A systematic review. **Ann Intern Med**, v. 157, n. 6, p. 417-428, 2012. Disponível em: < <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmedhealth/PMH0048907/>>. Acesso em: 10 ago.2015.

HOLLANDER, M. J.; KADLEC, H. Financial implications of the continuity of primary care. **Perm J**, v.19, n.1, p. 4-10, 2015. Disponível em: < <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4315369/>>. Acesso em: 10 ago. 2015.

HOSEY, G. M. et al. Socioeconomic and demographic predictors of selected cardiovascular risk factors among adults living in Pohnpei, Federated States of Micronesia. **BMC Public Health**, v.14, n. 895, p.1-14, 2014. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1186/1471-2458-14-895>>. Acesso em: 10 maio 2015.

INTERNATIONAL COUNCIL OF NURSES. **The Scope of practice, standards and competencies of the advanced practice nurse**. Geneva: International Council of Nurses, 2008. Disponível em: <<http://www.icn.ch/shop/en/publications/52-apn-scope-of-practice-standards-and-competencies.html>>. Acesso em: 10 jul 2017.

JACONDINO, M. B. et al. Vínculos profissionais en el trabajo de enfermería: elemento importante para el cuidado. **Enfermería Global**, v. 13, n. 34, p. 148-159, 2014. Disponível em: <<http://scielo.isciii.es/pdf/eg/v13n34/docencia2.pdf>>. Acesso em: 10 ago.2015.

JENSEN, N. K. et al. Patient experienced continuity of care in the psychiatric healthcare system-a study including immigrants, refugees and ethnic danes. **Int. J. Environ. Res. Public Health**, v.11, n, 9, p. 9739-9759, 2014. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4199047/>>. Acesso em: 10 ago. 2015.

JESUS, W. L. A.; ASSIS, M. M. A. Revisão sistemática sobre o conceito de acesso nos serviços de saúde: contribuições do planejamento. **Ciênc saúde coletiva**, v. 15, n. 1, p. 161-170, 2010. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v15n1/a22v15n1.pdf>>. Acesso em 18 jan. 2017.

JÓDAR-SOLÀ, G. et al. Continuidad asistencial: rol de la enfermera de enlace. **Aten Primaria**, v. 36, n. 10, p. 558-562, 2005. Disponível em: <<http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0212656705705667>>. Acesso em: 10 ago. 2015.

JONGE, A. de et al. Continuity of care: what matters to women when they are referred from primary to secondary care during labour? a qualitative interview study in the Netherlands. **BMC Pregnancy and Childbirth**, v. 14, n. 103, p. 1-11, 2013. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3995441/>>. Acesso em: 25 agos. 2017.

JURADO-CAMPOS, J. et al. Implementación de un modelo integrado de enfermería de enlace: un estudio descriptivo. **Enfermería Clínica**, v.18, v.5, p. 253-261, 2008. Disponível em: <<http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1130862108723842>>. Acesso em: 25 jul. 2017.

KAO, Y.; WU, S. Strobe-compliant article. Is continuity of care associated with avoidable hospitalization among older asthmatic patients? **Medicine**, v. 95, n. 38, p. 1-7. 2016. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5044922/pdf/medi-95-e4948.pdf>>. Acesso em: 25 jul. 2017.

KULUSKI, K. et al. Community care for people with complex care needs: bridging the gap between health and social care. **International Journal of Integrated Care**, v. 17, n. 4, p.1-11, 2017. Disponível em: <<http://www.ijic.org/articles/10.5334/ijic.2944>>. Acesso em 25 jul. 2017.

KURCGANT, P. et al. Absenteísmo do pessoal de enfermagem: decisões e ações de enfermeiros gerentes. **Rev Esc Enferm USP**, v. 49, n. especial 2, p. 35-41, 2015. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v49nspe2/1980-220X-reeusp-49-spe2-0035.pdf>>. Acesso em: 10 jul. 2017.

KUSCHNIR, R. et al. Configuração da rede regionalizada e hierarquizada de atenção à saúde no âmbito do SUS. In: GONDIM, R.; GRABOIS, V.; MENDES, W. **Qualificação de gestores do SUS**. Rio de Janeiro: ENSP; 2011. p. 121-151.

KRAEMER, F. Z.; DUARTE, M. L. C.; KAISER, D. E. Autonomia e trabalho do enfermeiro. **Rev Gaúcha Enferm.**, v. 32, n. 3, p. 487-494, 2011. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rgenf/v32n3/08.pdf>>. Acesso em: 11 jul. 2017.

LA SOCIÉTÉ , l' INDIVIDU, ET LA MEDICINA. **Les activités de la vie quotidienne (AVQ)**. Ottawa, 2014. Disponível em: <https://www.med.uottawa.ca/sim/data/Disability_ADL_f.htm>. Acesso em 10 jul. 2017.

LACERDA, M. R. **Tornando-se profissional no contexto domiciliar: vivência do cuidado da enfermeira**. 2000. 219 f. Tese (Doutorado em Enfermagem) - Setor de Ciências da Saúde, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2000.

LAVOR, M. W. de et al. Validação de material educativo para alta hospitalar de pacientes com prescrição de oxigenoterapia domiciliar prolongada. **Esc Anna Nery**, v. 18, n. 2, p. 284-289, 2014. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/ean/v18n2/1414-8145-ean-18-02-0284.pdf>>. Acesso em: 31 jul. 2017.

LAVRAS, C. Atenção primária à saúde e a organização de redes regionais de atenção à saúde no Brasil **Saúde Soc.**, v. 20, n. 4, p. 867-874, 2011. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/sausoc/v20n4/05.pdf>>. Acesso em: 31 jul. 2017.

LE BOTERF, G. **Desenvolvendo a competência dos profissionais**. 3. ed. Porto Alegre: Artmed, 2003.

LES CEPEPS DU QUÉBEC. **Os cegeps do Québec**. Disponível em: <<http://www.cegepsquebec.ca/br/escolha-quebec/cegeps-do-quebec/>>. Acesso em: 31 jul. 2017.

LEMOES, R. C. A. et al. Visão dos enfermeiros sobre a assistência holística ao cliente hospitalizado. **Rev. Eletr. Enf.**, v. 12, n. 2, p. 354-359, 2010. Disponível em: <https://www.fen.ufg.br/fen_revista/v12/n2/v12n2a20.htm>. Acesso em: 31 jul. 2017.

LEMKE, R. A.; SILVA, R. A. N. A busca ativa como princípio político das práticas de cuidado no território. **Estudos e pesquisas em psicologia**, ano. 10, n.1, p. 281-295, 2010. Disponível em: <<http://www.revispsi.uerj.br/v10n1/artigos/pdf/v10n1a18.pdf>>. Acesso em: 05 jul. 2017.

LENARDT, M. H. et al. Desempenho das atividades de vida diária em idosos com alzheimer. **Cogitare Enferm.**, v. 16, n. 1, p. 13-21, 2011. Disponível em:

<<http://revistas.ufpr.br/cogitare/article/viewFile/21106/13932>> Acesso em: 19 jul. 2017.

LIMA-COSTA, M. F. et al. Cuidado informal e remunerado aos idosos no Brasil (Pesquisa Nacional de Saúde, 2013). **Rev Saude Publica**, v. 51, suplemento 1:6s, 2017. Disponível em: <<http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=67251395013>>. Acesso em: 19 jul. 2017.

LIN, I. P. et al. Continuity of care and avoidable hospitalizations for chronic obstructive pulmonary disease (COPD). **JABFM**, v. 28, n.2, p. 222- 230, 2015. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25748763>>. Acesso em: 19 jul. 2017.

LINDENMEYER, L. P.; GOULART, V. P.; HEGELE, V. Reconciliação medicamentosa como estratégia para a segurança do paciente oncológico - resultados de um estudo piloto. **Rev. Bras. Farm. Hosp. Serv. Saúde São Paulo**, v. 4 n. 4, p. 51-55, 2013. Disponível em: <<http://www.sbrafh.org.br/rbfhss/public/artigos/2013040408000469BR.pdf>>. Acesso em: 19 jul. 2017.

LOBIONDO-WOOD, G.; HABER, J. **Pesquisa em Enfermagem: métodos, avaliação crítica e utilização**. 4. ed. Rio de Janeiro: Guanabara-Koogan, 2001.

McGUILL. **Ingram School of nursing**. Dra. Laurie Gottlieb. Disponível em: <<https://www.mcgill.ca/nursing/people/gottlieb>>. Acesso em: 19 jul. 2017.

MALTA, D. C.; MERHY, E. E. O percurso da linha do cuidado sob a perspectiva das doenças crônicas não transmissíveis. **Interface**, v.14, n.34, p.593-605, 2010. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/icse/v14n34/aop0510>>. Acesso em: 19 jul. 2017.

MAMEDE F. V; PRUDÊNCIO P. S. Proposta metodológica para estudos de adaptação cultura e validação de instrumentos: da teoria a prática. In: LACERDA, M. R.; COSTENARO, R. G. S. **Metodologia da pesquisa para enfermagem e saúde: da teoria a prática**. Porto Alegre: Moriá, 2015.

MARACAJÁ, V. de F. et al. Avaliação das atividades básicas de vida diária em idosos e seus correlatos com dados demográficos. In: 4º Congresso Internacional de envelhecimento humano (CIEH), 2015, Paraíba, **Anais CIEH**, v.2, n.1, 2015. Disponível em: <<http://www.editorarealize.com.br/revistas/cieh/anais.php>>. Acesso em: 19 jul. 2017.

MARIN, H. de F. Sistemas de informação em saúde: considerações gerais. **J. Health Inform**, v. 2, n. 1, p. 20-24, 2010. Disponível em: <<http://www.jhi-sbis.saude.ws/ojs-jhi/index.php/jhi-sbis/article/viewFile/4/52>>. Acesso em: 19 jul. 2017.

MARQUES, D. O. et al. O absenteísmo - doença da equipe de enfermagem de um hospital universitário. **Rev Bras Enferm**, v. 68, n. 5, p. 876-882, 2015. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reben/v68n5/0034-7167-reben-68-05-0876.pdf>>. Acesso em: 20 jul. 2017.

MARTELLO, C. et al. **What do we mean when we say "this patient is complex"?** Montreal, November 24, 2014. 1 poster. Disponível em: <http://reseau1quebec.ca/wp-content/uploads/2014/06/McGill_PBRN_Reseau-1_posters.pdf>. Acesso: em 10 maio 2015.

MARTINS, K. P. et al. Nurse's role on preparing for discharge of surgical patients. **J. res.: fundam. care. online**, v. 7, n. 1, p. 1756-1764, 2015. Disponível em: <http://www.seer.unirio.br/index.php/cuidadofundamental/article/view/3631/pdf_131>. Acesso: em 10 maio 2015.

MELO, F. A. O. et al. A importância do recrutamento e seleção interna: um estudo de caso em uma instituição financeira de economia mista. **Cadernos UniFOA**, v. 6, n. 17, p. 73-87, 2011. Disponível em: <<http://revistas.unifoa.edu.br/index.php/cadernos/article/view/1085>>. Acesso em: 10 jul. 2017.

MELLON, J. F. Les centres de services communautaires: une expérience au Québec. **Laennec**, v. 52, n. 3, p.39-48, 2004. Disponível em: <<https://www.cairn.info/revue-laennec-2004-3.htm#about>>. Acesso em: 10 jul. 2015.

MENDES, E. V. As redes de atenção à saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 15, n. 5, p. 2297-2305, 2010. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v15n5/v15n5a05.pdf>>. Acesso em: 16 maio 2015.

MENDES, E. V. **As redes de atenção à saúde**. 2. ed. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2011. Disponível em: <<http://apsredes.org/site2012/wp-content/uploads/2012/03/Redes-de-Atencao-mendes2.pdf>>. Acesso em: 10 maio 2015.

MENDES, E. V. Comentários sobre as redes de Atenção à Saúde no SUS. In: Ministério da Saúde. **Revista Divulgação em saúde para debate**, n. 52, 2014. Disponível em: <<http://cebes.org.br/site/wp-content/uploads/2014/12/Divulgacao-52.pdf>>. Acesso em: 18 agos. 2017.

MENDES, F. R. P. et al. A continuidade de cuidados de saúde na perspectiva dos utentes. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 22, n. 3, p. 841-853, 2017. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v22n3/1413-8123-csc-22-03-0841.pdf>>. Acesso em: 18 agos. 2017.

MERHY, E. E. **A cartografia do trabalho vivo**. 3. ed. São Paulo: Hucitec, 2002

MIASSO, A. I.; CASSIANI, S. H. B. Administração de medicamentos: orientação final de enfermagem para a alta hospitalar. **Rev Esc Enferm USP**, v. 39, n. 2, p. 136-44. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v39n2/03.pdf>>. Acesso em: 10 jul. 2017.

MONTENEGRO, L. C.; PENNA, C. M. M.; BRITO, M. J. M. A integralidade sob a ótica dos profissionais dos serviços de saúde de Belo Horizonte. **Rev Esc Enferm USP**, v. 44, n. 3, p. 649-656, 2010. Disponível em:

<http://www.scielo.br/readcube/epdf.php?doi=10.1590/S008062342010000300014&pid=S008062342010000300014&pdf_path=reeusp/v44n3/14.pdf&lang=pt>. Acesso em: 10 jul. 2015.

MOUFADAL, I. Es facteurs du stress et les stratégies de “coping” chez le personnel infirmier travaillant en oncologie». **Cycle de specialite en administration sanitaire et sante publique**: Ecole Nacional de Santé Publique, 2014. Disponível: <http://ensp.sante.gov.ma/CDS/Documents/Memoires/mem_2014/IBNOUHSEIN.pd>. Acesso: em 10 maio 2015.

MUDALY, P. NKOSI, Z. Z. Factors influencing nurse absenteeism in a general hospital in Durban, South Africa. **J Nurs Manag.**, v. 23, n. 5, p. 623-631, 2015. Disponível em: <<http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/jonm.12189/abstract;jsessionid=51A9B05B75079AA43D50BE93A4CA13CD.f02t01>>. Acesso em: 10 jul. 2015.

MURAKAMI, R.; CAMPOS, C. J. G. Importância da relação interpessoal do enfermeiro com a família de crianças hospitalizadas. **Rev Bras Enferm**, v. 64, n. 2, p. 254-260, 2011. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reben/v64n2/a06v64n2.pdf>>. Acesso em: 24 jul. 2017.

NAYLOR, M. D. et al. Comprehensive discharge planning and home follow-up of hospitalized elders: a randomized clinical trial. **JAMA**, v. 281, n. 7, p. 613-619. Disponível em: <<https://jamanetwork.com/journals/jama/fullarticle/188788>>. Acesso em: 20 fev. 2016.

NÓBREGA, V., M., et al. Longitudinalidade e continuidade do cuidado à criança e ao adolescente com doença crônica. **Esc Anna Nery**, v.19, n. 4, p. 656-663, 2015. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/ean/v19n4/1414-8145-ean-19-04-0656.pdf>>. Acesso em: 25 fev. 2017.

NOGUEIRA, J. W. da; RODRIGUES, M. C. S. Comunicação efetiva no trabalho em equipe em saúde: desafio para a segurança do paciente. **Cogitare Enferm.**, v. 20, n. 3, p. 636-640, 2015. Disponível em: <<http://revistas.ufpr.br/cogitare/article/viewFile/40016/26245>>. Acesso em: 30 jun. 2017.

NUNES, E. C. D. A.; MENEZES FILHO, N. A. de. Sistematização da alta de enfermagem - uma análise fundamentada em Roy. **Cogitare Enferm.**, v. 21, n. 2, p. 1-9, 2016. Disponível em: <<http://docs.bvsalud.org/biblioref/2016/07/679/45875-182055-1-pb.pdf>>. Acesso em: 11 jul. 2017.

NÚÑES, T. R.; LORENZO, I. V.; NAVARRETE, M. L. V. La coordinación entre niveles asistenciales: una sistematización de sus instrumentos y medidas. **Gac Sanit**, v, 20, n. 6, p. 485-495, 2006. Disponível em: <https://ac.els-cdn.com/S0213911106715485/1-s2.0-S0213911106715485-main.pdf?_tid=ef6cf1d2-c495-11e7-a684-00000aacb35e&acdnat=1510153570_44d5e130011e17dd65686cc5e966cfa9>. Acesso: em 18 jul. 2017.

NYWEIDE, D. J. et al. Continuity of care and the risk of preventable hospitalization in older adults. **JAMA Intern Med**, v.173, n. 20, p. 1879-1885, 2013. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3877937/pdf/nihms538093.pdf>>. Acesso em: 20 jul. 2017.

OLIVEIRA, B. L. C. A. de et al. Avaliação das atividades instrumentais da vida diária em idosos da periferia de São Luís, Maranhão. **J Manag Prim Health Care**, v. 3, n. 1, p. 43-47, 2012. Disponível em: <<http://www.jmphc.com.br/saude-publica/index.php/jmphc/article/viewFile/116/117>>. Acesso em: 19 jul. 2017.

OLIVEIRA, M. A. de C.; PEREIRA, I. C. Atributos essenciais da atenção primária e a estratégia saúde da família. **Rev Bras Enferm**, Brasília, v. 66, n. especial, p. 158-164, 2013. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reben/v66nspe/v66nspea20.pdf>>. Acesso em: 20 jul. 2017.

OLIVEIRA, D. M do N. et al. Dificuldades enfrentadas por enfermeiros na assistência prestada ao idoso acometido por fratura de fêmur. **Rev. enferm. UFPE on line**, v. 10, suplemento 6, p. 4862-4869, 2016. Disponível em: <http://www.revista.ufpe.br/revistaenfermagem/index.php/revista/article/viewFile/9822/pdf_2010>. Acesso em: 12 maio 2015.

OLIVEIRA, S. L. Tratado de metodologia científica. São Paulo: Pioneira Thomson Learning, 2007.

ORDRE DES INFIRMIÈRES ET INFIRMIERS DU QUÉBEC. **Choisir sa formation: Différentes voies d'accès mènent à la profession infirmière selon la carrière et les milieux de soins choisis**. Québec. Disponível em: <<http://www.oiiq.org/node/3573>>. Acesso em: 02 set. 2017.

ORDRE DES PHARMACIENS DU QUÉBEC. **Le pharmacien communautaire : une figure familière et rassurante**. Québec. Disponível em: <<https://www.opq.org/fr-ca/grand-public/le-pharmacien/pharmacien-communautaire/>>. Acesso em: 02 set. 2017.

OPAS. **A atenção à saúde coordenada pela APS: construindo as redes de atenção no SUS: contribuições para o debate**. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2011. Disponível em: <http://www1.saude.rs.gov.br/dados/1308159221237APS_Verde_web_final.pdf>. Acesso em: 21 jul. 2015.

ORDRE DES INFIRMIERES DU QUEBEC. **Rapport statistique sur l'effectif infirmier 2014- 2015: le Québec et ses régions**. Québec, 2015. Disponível em: <<https://www.oiiq.org/sites/default/files/rapport-statistique-2014-2015.pdf>>. Acesso em: 10 jul. 2017.

PAIM, J. S. **O que é o SUS**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2014.

PAIVA, R. S.; VALADARES, G. V. Vivenciando o conjunto de circunstâncias que influenciam na significação da alta hospitalar: estudo de enfermagem. **Esc Anna**

Nery, v. 17, n. 2, p. 249-255, 2013. Disponível em:
<<http://www.scielo.br/pdf/ean/v17n2/v17n2a07.pdf>>. Acesso em: 11 maio 2015.

PARRY, C. et al. Assessing the quality of transitional care further applications of the care transitions measure. **Medical Care Research and Review**, v. 46, n. 3, p. 317-322, 2008. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18388847>>. Acesso em: 10 jul. 2017.

PASCHOAL, A. S.; MANTOVANI, M. de F.; MÉIER, M. J. Percepção da educação permanente, continuada e em serviço para enfermeiros de um hospital de ensino. **Rev Esc Enferm USP**, v. 41, n. 3, p.478-484, 2007. Disponível em:
<<http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v41n3/19.pdf>>. Acesso em: 10 jul. 2017.

PEREIRA, A. P. S. et al. Alta hospitalar visão de um grupo de enfermeiras. **Rev. enferm. UERJ**, v. 15, n. 1, p.40-45, 2007. Disponível em:
<<http://www.facenf.uerj.br/v15n1/v15n1a06.pdf>>. Acesso em: 11 jul. 2017.

PEREIRA, M. O. et al. Busca ativa para conhecer o motivo da evasão de usuários em serviço de saúde mental. **Acta Paul Enferm**, v. 26, n. 5, p.409-412, 2013. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/appe/v26n5/a02v26n5.pdf>>. Acesso em: 11 jul. 2017.

PEREIRA, J. S.; MACHADO, W. C. A. Referência e contrarreferência entre os serviços de reabilitação física da pessoa com deficiência: a (des)articulação na microrregião Centro-Sul Fluminense, Rio de Janeiro, Brasil. **Physis Revista de Saúde Coletiva**, v. 26, n. 3, p. 1033-1051, 2016. Disponível em:
<<http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=400848354016>>. Acesso em: 11 jul. 2017.

PERES, H. H. C.; LEITE, M. M. J.; GONÇALVES, V. L. M. Educação continuada: recrutamento e seleção, treinamento e desenvolvimento e avaliação de desempenho profissional. In: Kurcgant, P. **Gerenciamento de enfermagem**. 2. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2011.p.137-153.

POITRAS, M. E. et al. How to report professional practice in nursing? A scoping review. **BMC Nursing**, v.15, n.31, p. 1-12, 2016. Disponível em:
<<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4880971/>> . Acesso em: 08 jan. 2017

POLIT, D. F.; BECK, C. T.; HUNGLER, B. P. **Fundamentos de pesquisa em enfermagem**: método, avaliação e utilização. 5. ed. Porto Alegre: Artmed, 2004.

POLIT, D. F.; BECK, C. T. **Fundamentos de pesquisa em enfermagem**: avaliação de evidências para a prática da enfermagem. 7. ed. Porto Alegre: Artes médicas, 2011.

POPEJOY, L. L. Complexity of family caregiving and discharge planning. **Journal of Family Nursing**, v. 17, p. 61–81, 2011. Disponível em:
<<http://journals.sagepub.com/doi/pdf/10.1177/1074840710394855>>. Acesso em: 28 jul. 2017.

PORTAIL QUÉBEC. **Centres de réadaptation**. Québec. Disponível em: <<http://www4.gouv.qc.ca/fr/Portail/citoyens/programmeservice/Pages/Info.aspx?sqcty pe=sujet&sqcid=2395>>. Acesso em: 02 set. 2017a

PORTAIL QUÉBEC. **Groupes de médecine de famille (GMF) et super-cliniques (GMF-réseau)**. Québec. Disponível em: <<http://www4.gouv.qc.ca/fr/portail/citoyens/programmeservice/pages/info.aspx?sqcty pe=sujet&sqcid=2333>>. Acesso em: 02 set. 2017b

PORTUGAL. Rede nacional de cuidados continuados. **Manual de planeamento de gestão de alta**. Portugal, 2011.

PORTUGAL. Ministério da saúde. Despacho nº 7968/2011. **Diário da República**, 2 de jul. 2011. Disponível em: <<http://www.acss.min-saude.pt/Portals/0/2383823838.pdf>> Acesso em: 10 jul. 2017.

PORTUGAL. Rede nacional de cuidados continuados integrados. **O Mundo da Saúde**, v. 37, n. 1, p. 105-118, 2013. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/artigos/mundo_saude/rede_nacional_cuidados_continuados_integrados.pdf>. Acesso em: 28 jul. 2017.

PORTUGAL. Ministérios das finanças, da saúde e da solidariedade, emprego e segurança social. Portaria nº 174 de 2014. Define as condições de instalação e funcionamento a que devem obedecer as unidades de internamento e de ambulatório e as condições de funcionamento das equipas de gestão de altas e as equipas de cuidados continuados integrados da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados. **Diário da República**, 10 de set. 2014. Disponível em: <http://www.sg.min-saude.pt/NR/rdonlyres/F1071041-A28D-4B06-8CB5-D640D1D60D80/41897/Portaria174_2014.pdf>. Acesso em: 10 jul. 2017.

PUNTIS, S. et al. Associations between continuity of care and patient outcomes in mental health care: a systematic review. **Psychiatr Serv.**, v. 66, n. 4, p. 354-363, 2015. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25828980>>. Acesso em: 10 jul. 2017.

POURAT, N. et al. In california, primary care continuity was associated with reduced emergency department use and fewer hospitalizations. **Health Aff (Millwood)**, v. 34, n. 7, p. 1113 -1120, 2015. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4499851/>> Acesso em: 28 jul. 2017.

PRICE, M.; LAU, F. Y. Provider connectedness and communication patterns: extending continuity of care in the context of the circle of care. **BMC Health Services Research**, v.13, n. 309, p. 1-10, 2013. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3751828/>>. Acesso em: 28 jul. 2017

PROTASIO, A. P. L. et al. Avaliação do sistema de referência e contrarreferência do estado da Paraíba segundo os profissionais da Atenção Básica no contexto do 1º ciclo de avaliação externa do PMAQ-AB. **Saúde Debate**, v. 38, v. especial, p. 209-

220, 2014. Disponível em: <<http://www.scielo.org/pdf/sdeb/v38nspe/0103-1104-sdeb-38-spe-0209.pdf>>. Acesso em: 28 jul. 2017.

QUÉBEC. **Le systema de santé e services sociaux au Québec**: en bref. Quebec: La direction des communication du ministère de la santé et des services sociaux, 2008. Disponível em: <http://www.reseaudesanteenfant.ca/c/document_library/get_file?uuid=c40eb549-3af9-4c0b-bb50-097e2c6ed820&groupId=96526>. Acesso em: 01 jul. 2017.

QUÉBEC. Ministère de la famille et des aînés ministère de la santé et des services sociaux. **Viellir et vivre ensemble**. Québec. 2012. Disponível em: <<https://www.mfa.gouv.qc.ca/fr/publication/Documents/politique-vieillir-et-vivre-ensemble.pdf>> Acesso em: 31 jul. 2017.

QUÉBEC. **Le systema de santé e services sociaux au Québec**: en bref. Quebec: La direction des communication du ministère de la santé et des services sociaux, 2016a. Disponível em: <<http://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2015/15-731-02WF.pdf>>. Acesso em: 01 agos. 2017.

QUÉBEC. **Programmes et services pour les aînés**. Québec, 2016b. Disponível em: <http://www4.gouv.qc.ca/FR/Portail/Citoyens/Evenements/aines/Documents/guide_aînés_français_2016_2017_web.pdf>. Acesso em: 31 jul. 2017.

RAINHO, M. da C. et al. Validação da escala de stress profissional em enfermeiros. **Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental**, n. 14, p. 48-54, 2015. Disponível em: <<http://www.scielo.mec.pt/pdf/rpesm/n14/n14a07.pdf>>. Acesso em: 01 agos. 2017.

RATOCHINSKI, C. M. W. et al. O estresse em profissionais de enfermagem: uma revisão sistemática. **Rev. bras. ciênc. saúde**, v. 20, n. 4, p. 341-346, 2016. Disponível em: <<http://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/lil-797200>>. Acesso em: 11 jul. 2017.

REGISTERED NURSES' ASSOCIATION OF ONTARIO. **Care transitions**. Toronto: Registered nurses' association of Ontario, 2014. Disponível em: <<http://rnao.ca/bpg/guidelines/care-transitions>>. Acesso em: 15 jul. 2016.

REID, R.; HAGGERTY, J.; McKENDRY, R. **Defusing the confusion: concepts and measures of continuity of healthcare**. Canadian health services research foundation, 2002. Disponível em: <http://www.cfhi-fcass.ca/migrated/pdf/researchreports/commissionedresearch/cr_contcare_e.pdf> Acesso em: 11 jul. 2016.

RIBAS, E. N. R. **Enfermeira de ligação: Estratégia de integração entre hospital e unidades da atenção primária**. 2016. 103 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Setor de Ciências da Saúde, Universidade Federal do Paraná, Curitiba, 2016.

RIBEIRO, J. M. S. **Autonomia profissional dos enfermeiros**. 2009. 129 f. Dissertação. (Mestrado em Ciências de Enfermagem) - Instituto de Ciências Biomédicas de Abel Salazar da Universidade do Porto, Porto, 2009. Disponível em: < <https://repositorio-aberto.up.pt/bitstream/10216/20083/2/autonomia%20profissional%20dos%20enfermeiros%20%20jorge%20ribeiro.pdf>>. Acesso em: 10 jul. 2017.

RICH, E. et al. *Coordinating Care for Adults With Complex Care Needs in the Patient- Centered Medical Home: Challenges and Solutions*. Rockville: Agency for Healthcare Research and Quality, 2012.

ROCHESTER-EYEGUOKAN, C. D. et al. The current landscape of transitions of care practice models: a scoping review. **Pharmacotherapy**, v. 36, n. 1, p. 117-133, 2016. Disponível em: <<http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/phar.1685/abstract;jsessionid=A7F57917E004BE0208E199333A006DE6.f04t04>>. Acesso em: 10 jul. 2017.

RODRIGUEZ, V. F. et al. Enfermeras hospitalarias de enlace (gestoras de casos) . **Enfermería Global**, v. 6, n. 1, p. 1-11, 2007. Disponível em: <<http://revistas.um.es/eglobal/article/view/202/246>>. Acesso em: 10 jul. 2017.

ROMANOW, R. **Building on Values: The Future of Health Care in Canada**. Saskatoon: Commission on the Future of Health Care in Canada, 2002. Disponível em: <http://www.cbc.ca/healthcare/final_report.pdf>. Acesso em: 10 jan. 2017.

RUTHES, R. M.; CUNHA, I. C. K. O. Competências do enfermeiro na gestão do conhecimento e capital intelectual. **Rev Bras Enferm**, v. 62, n. 6, p. 901-905, 2009. Disponível em: < <http://www.scielo.br/pdf/reben/v62n6/a16v62n6.pdf>>. Acesso em: 13 jul. 2017.

SAAR, S. R.; TREVIZAN, M. A. Papéis profissionais de uma equipe de saúde: visão de seus integrantes. **Rev Latino-am Enfermagem**, v.15, n.1, p.106-112, 2007. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v15n1/pt_v15n1a16.pdf>. Acesso em 10 maio de 2017.

SANCINETTI, T. R. et al. Nursing staff absenteeism rates as a personnel management indicator. **Rev Esc Enferm USP**, v. 45, n. 4, p. 998-1002, 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v45n4/en_v45n4a31.pdf>. Acesso em: 13 jul. 2017.

SANTÉ E SERVICES SOCIAUX QUÉBEC. **Système de santé et de services sociaux en bref**, 2015. Disponível em: < <http://www.msss.gouv.qc.ca/sujets/organisation/en-bref/index.php>>. Acesso em: 10 jul. 2016.

SANTOS, L.; ANDRADE, L. O. M. Redes interfederativas de saúde: um desafio para o SUS nos seus vinte anos. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.16, n. 3, p. 1671-1680, 2011. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v16n3/02.pdf>>. Acesso em: 10 jul. 2015.

SANTOS, F. O. F.; MONTEZELI, J. H.; PERES, A. M. Autonomia profissional e sistematização da assistência de enfermagem: percepção de enfermeiros. **REME**, v. 16, n. 2, p. 251-257, 2012. Disponível em: <<http://www.reme.org.br/artigo/detalhes/526>>. Acesso em: 10 jul. 2015.

SANTOS, J. L. G. et al. Práticas de enfermeiros na gerência do cuidado em enfermagem e saúde: revisão integrativa. **Rev Bras Enferm**, v. 66, n. 2, p. 257-263, 2013. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0034-71672013000200016&script=sci_arttext>. Acesso em: 10 jul. 2015.

SERRA, C. G.; RODRIGUES, P. H. A. Avaliação da referência e contrarreferência no Programa Saúde da Família na região metropolitana do Rio de Janeiro (RJ, Brasil). **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 15, suplemento 3, p. 3579-3586, 2010 Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v15s3/v15s3a33.pdf>>. Acesso em: 11 maio 2015.

SILVA, R. V. G. O.; RAMOS, F. R. S. O trabalho de enfermagem na alta de crianças hospitalizadas: articulação da atenção hospitalar e básica. **Rev. Gaúcha Enferm.**, v. 32, n. 2, p. 309-315, 2011. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rngen/v32n2/a14v32n2.pdf>>. Acesso em: 10 maio 2015.

SILVA, V. L. dos S.; CAMELO, S. H. H. A competência da liderança em enfermagem: conceitos, atributos essenciais e o papel do enfermeiro líder. **Rev. enferm. UERJ**, v. 21, n. 4, p. 533-539, 2013. Disponível em: <<http://www.e-publicacoes.uerj.br/index.php/enfermagemuerj/article/view/10031>>. Acesso em: 10 jul. 2017.

SILVA, R. M. M. et al. Busca ativa de crianças com necessidades especiais de saúde na comunidade: relato de experiência. **Rev Enferm UFSM**, v.5, n.1, p.178-185, 2015. Disponível em: <<https://periodicos.ufsm.br/reufsm/article/view/13024/pdf>>. Acesso em: 11 jul. 2017.

SILVA, M. F. da. Comunicação na passagem de plantão de enfermagem: segurança do paciente pediátrico. **Texto Contexto Enferm**, v. 25, n. 3, p. 2-9, 2016. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/tce/v25n3/pt_0104-0707-tce-25-03-3600015.pdf>. Acesso em: 24 jul. 2017.

SILVA, M. V. S.; MIRANDA, G. B. N.; ANDRADE, M. A. Sentidos atribuídos à integralidade: entre o que é preconizado e vivido na equipe multidisciplinar. **Interface**, v. 21, n. 62, p. 588-599 2017. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/icse/v21n62/1807-5762-icse-1807-576220160420.pdf>>. Acesso em: 18 jul. 2017.

SOUSA, P. A. F.; FRADE, M. H. L. B. C.; MENDONÇA, D. M. M. V. Um modelo de organização e partilha de informação de enfermagem entre hospital e centro de saúde: estudo delphi. **Acta Paul Enferm.**, v. 18, v. 4, p. 368-381, 2005. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/ape/v18n4/a05v18n4>>. Acesso em: 10 jul. 2015.

SOUZA, L. R. B. **A continuidade da assistência a mulheres portadoras de diabetes mellitus: estudo em duas redes do estado de Pernambuco**. 2014. 88 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) - Fundação Oswaldo Cruz, Recife, 2014.

Disponível em: <<http://www.cpqam.fiocruz.br/bibpdf/2014souza-lrb.pdf>>. Acesso em: 10 jul. 2017.

SUZUKI, V. F.; CARMONA, E. V.; LIMA, M. H. M. Planejamento da alta hospitalar do paciente diabético: construção de uma proposta. **Rev Esc Enferm USP**, v. 45, n. 2, p. 527-532, 2011. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v45n2/v45n2a31>>. Acesso em: 10 jul. 2015.

SURVEYMONKEY. **Como funciona**. Disponível em: <<https://pt.surveymonkey.com/>> Acesso em: 10 jul. 2015.

SHANG, M. **Élaboration de trajectoires de services à l'intention d'une population vivant avec une déficience: recension des écrits et recommandations**. Longueuil: Agence de la santé et des services sociaux de la Montérégie, 2012. Disponível em: <http://extranet.santemonteregie.qc.ca/depot/document/3367/Trajectoire+services_No v2012.pdf>. Acesso em: 15 maio 2015.

SHIMIZU, H. E. Percepção dos gestores do Sistema Único de Saúde acerca dos desafios da formação das Redes de Atenção à Saúde no Brasil. **Physis Revista de Saúde Coletiva**, v. 23, n. 4, p. 1101-1122, 2013. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/physis/v23n4/05.pdf>>. Acesso em: 10 jul. 2015.

SHORTELL, S. M. Continuity of medical care: conceptualization and measurement. **Medical Care**, v. 14, n. 5, p. 377-391, 1976.

SPAGNOL, C. A.; FERNANDES, M. S. Estrutura organizacional e o serviço de enfermagem hospitalar: aspectos teóricos. **Rev Gaúcha Enferm**, v. 25, n. 2, p. 157-164, 2004. Disponível em: <<http://seer.ufrgs.br/RevistaGauchadeEnfermagem/article/view/4502>>. Acesso em: 07 agos. 2017.

TADDEO, P da S. Acesso, prática educativa e empoderamento de pacientes com doenças crônicas. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 17, n. 11, p. 2923-2930, 2012. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v17n11/v17n11a08.pdf>>. Acesso em: 20 jul. 2015.

TANNER, C. A. Thinking like a nurse: a research-based model of clinical judgment in nursing. **Journal of Nursing Education**, v.45, n.6, p. 214-211, 2006.

TAVARES, T. S. et al. Avaliação da implantação da sistematização da assistência de enfermagem em uma unidade pediátrica. **REME**, v.17, n. 2, p. 278-286, 2013. Disponível em: <<http://www.reme.org.br/artigo/detalhes/650>>. Acesso em: 10 jul. 2017.

TARDIF, J. **L'evaluation des compétences**: documenter le parcours de developpement. Montréal: Chenelière-Education, 2006.

TIRONI, N. M. **Atribuições e competências de gerentes de enfermagem de hospitais de ensino do Paraná**. 2014. 102 f. Dissertação (Mestrado em

Enfermagem) - Setor de Ciências da Saúde, Universidade Federal do Paraná, Curitiba, 2012.

TOMASCHEWSKI-BARLEM, J. G. et al. Como enfermeiros vêm exercendo a advocacia do paciente no contexto hospitalar? - uma perspectiva foucaultiana. **Texto Contexto Enferm**, v. 25, n. 1, p. 1-9, 2016. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/tce/v25n1/0104-0707-tce-25-01-2560014.pdf>>. Acesso em: 15 maio 2015.

UIJEN, A. A. et al. How unique is continuity of care? A review of continuity and related concepts. **Family Practice**, v. 29, n.3, p. 264-271, 2012. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22045931>>. Acesso em: 15 maio 2015.

VENANCIO, S. I.; ROSA, T. E. C.; BERSUS, A. P. S. Atenção integral à hipertensão arterial e diabetes mellitus: implementação da linha de cuidado em uma região de saúde do estado de São Paulo, Brasil. **Physis Revista de Saúde Coletiva**, v. 26, n.1, p.113-135, 2016. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/physis/v26n1/0103-7331-physis-26-01-00113.pdf>>. Acesso em: 15 jul. 2017.

ZANELLO, E. et al. Continuity of care in children with special healthcare needs: a qualitative study of family's perspectives. **Ital J Pediatr.**, v. 41, n.7, p. 1-9, 2015. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/pmc4328636/>> . Acesso em: 15 jul. 2017.

WALL, E. M. Continuity of care and family medicine: definitions, determinants, and relationship to outcome. **J Fam Pract**, v.13, p. 655- 664, 1981.

WEAVER, N.; COFFEY, M.; HEWITT, J. Concepts, models and measurement of continuity of care in mental health services: a systematic appraisal of the literature. **J Psychiatr Ment Health Nurs**, v. 24, n. 6, p. 431-450, 2017. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/28319308>>. Acesso em: 11 jul. 2017.

WEISS, M. E. et al. A model for hospital discharge preparation: from case management to care transition. **J Nurs Adm**, v. 45, n. 12, p. 606-614, 2015.

WHO. **Global status report on non communicable diseases 2014**. "Attaining the nine global noncommunicable diseases targets; a shared responsibility". Switzerland, 2014. Disponível em: <http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/148114/1/9789241564854_eng.pdf>. Acesso em: 15 jul. 2017.

APÊNDICE 1 – QUESTIONÁRIO ENFERMEIRAS DE LIGAÇÃO

Esta é uma pesquisa multicêntrica em que as práticas das enfermeiras de ligação são o objeto central. Os três países que participam da pesquisa são: Canadá (Québec e Montréal), Portugal (Porto) e Espanha (Madrid e Barcelona). Nós escolhemos estes países porque eles têm boa experiência em relação ao serviço de ligação. No Brasil, não há enfermeiras de ligação e é por isso que sua participação é muito importante para nós. Este questionário visa descrever as práticas de enfermeiras de ligação que contribuem para a continuidade do cuidado entre o hospital e os serviços básicos. Sua participação vai durar de 15 a 20 minutos e será feita anonimamente. Para responder o questionário, você precisará ler e assinar o Formulário de Informação e Consentimento. Sua participação é muito importante para nós!

Siga as instruções e clique no botão abaixo

1. Você está de acordo em participar voluntariamente desta pesquisa?

() SIM

() NÃO

Bem vindo (a)

Obrigado por destinar seu tempo para responder ao questionário.

Para responder ao questionário, considere apenas as atividades de ligação realizadas quando uma pessoa sai do hospital e é transferida para o domicílio, mas necessita de cuidados ou outro recurso do sistema de saúde.

Todas as perguntas com um asterisco (*) exigem uma resposta obrigatória para avançar o questionário. É permitido responder ao questionário uma vez, mas você pode editá-lo até: __ / __ / __. Se você tiver dúvidas sobre o questionário, você pode nos enviar um e-mail: elizabeth.bernardino@ulaval.ca ou elizaber@ufpr.br.

Para avançar no questionário, use estes botões de navegação:

- Clique no botão Avançar para ir para a próxima página.
- Clique no botão Voltar para retornar à página anterior.
- Clique no botão Exit Quiz se precisar parar.
- Clique no botão Enviar para enviar o questionário.

CARACTERIZAÇÃO

2. Idade:

3. Sexo

() feminino () masculino

4. Número de anos de experiência como enfermeira

_____ anos

_____ semanas

5. Número de anos de experiência como enfermeira de ligação?

_____anos
_____semanas

6. Último diploma obtido:

- ☐ Diploma de estudos colegiais
- ☐ Bacharelado
- ☐ Mestrado
- ☐ Doutorado
- ☐ Em curso, especificar
- ☐ Outro, especificar:

7. Quantas horas você trabalha por dia?

- ☐ 6 horas
- ☐ 7 horas
- ☐ 7 horas e 25 minutos
- ☐ 8 horas
- ☐ Outro, especificar

8. Você trabalha quantos dias por semana?

- ☐ tempo integral
- ☐ tempo parcial

CONTEXTO DE TRABALHO DA ENFERMEIRA

9. É sua responsabilidade identificar os pacientes que necessitam da continuidade do cuidado?

- ☐ Sim
- ☐ Não

10. Se a resposta da pergunta 9 for SIM. Descreva como acontece este processo:

11. Se a resposta da pergunta 9 for NÃO. Descreva como acontece este processo:

12. Se a resposta da pergunta 9 for NÃO. Nomeie quem pode fazer o pedido para a enfermeira de ligação

- ☐ Enfermeira da unidade
- ☐ Médico
- ☐ Assistente social
- ☐ Assistente da enfermeira chefe
- ☐ Outro profissional, especificar:

13. Como você recebe os pedidos de ligação?

- ☐ Pedido via sistema informático
- ☐ Chamada Telefônica
- ☐ E-mail
- ☐ Pedido escrito transmitido por-email
- ☐ Pedido escrito transmitido por fax
- ☐ Outros, especificar:

AVALIAÇÃO DO PACIENTE

14. Você realiza exame físico no paciente?

- ☐ Sim
- ☐ Não

15. Você realiza entrevista com o paciente?

- ☐ Sim
- ☐ Não

16. Se a resposta da pergunta 15 for SIM, especificar quais são os elementos mais importantes:

17. Habitualmente, você contata uma pessoa da família durante a avaliação do paciente?

- ☐ Sim
- ☐ Não

RECURSOS E SERVIÇOS NECESSÁRIOS PARA A CONTINUIDADE DO CUIDADO NA ATENÇÃO PRIMÁRIA

18. Você conhece todos os recursos externos ao hospital e os services ofertados ao paciente, necessários para a continuidade do cuidado (curativos, medicações, entre outros)?

- ☐ Sim
- ☐ Não

19. Se a resposta da pergunta 18 for SIM. Como você tem este conhecimento?

20. Se a resposta da questão 18 é NÃO, quais são os passos possíveis?

21. Como você sabe para onde o paciente deve ser referenciado?

22. Existe algum suporte fornecido por unidades de cuidados ou pelo hospital, que ajuda na coordenação da continuidade dos cuidados?

- ☐ Sim

() Não

23. Se a resposta da pergunta 22 for SIM. Descreva como isto funciona:

24. Existe algum suporte extra-hospitalar que auxilia no seu trabalho quando necessário?

() Sim

() Não

25. Se a resposta da questão 24 for SIM, como isto funciona?

PLANEJAMENTO DE ALTA DO PACIENTE

26. Quando é iniciado o planejamento de alta do paciente?

27. Geralmente, há outros profissionais envolvidos?

() Sim

() Não

28. Se a resposta da pergunta 27 for SIM. Assinale na lista abaixo todos os profissionais envolvidos:

() Enfermeira responsável pelo paciente

() Médico

() Psicólogo

() Terapeuta ocupacional

() Assistente social

() Nutricionista

() Neurologista

() Ortopedista

() Fisioterapeuta

() Outro, especificar:

29. Além de você, há outro profissional que pode coordenar o planejamento de alta do paciente?

() Sim

() Não

30. Se a resposta da questão 29 for SIM, indique na lista a seguir quem coordena além de você?

() Enfermeira chefe

() Enfermeira da unidade

() Enfermeiro responsável pelo paciente

() Médico

() Assistente social

() Outro cargo da enfermagem, especificar:

() Outro profissional, especificar:

31. Indique os principais elementos incluídos no planejamento de alta por escrito?

() Principais diagnósticos

() Cuidados realizados no hospital

() Resultados laboratoriais

() Situação clínica atual

() Autonomia anterior

() Autonomia atual

() Medicamentos em uso

() Plano terapêutico de enfermagem

() Contato em caso de urgência

() Outros, especificar:

32. Os familiares são chamados para participar?

() Sim

() Não

33. Se a resposta da pergunta 32 for SIM, descreva brevemente sua participação, (quando e como) ?

34. O paciente recebe um documento por escrito?

() Sim

() Não

35. Se a resposta da pergunta 34 for SIM, descreva brevemente as informações que contem neste documento.

36. Você tem outras considerações para relatar quanto ao planejamento de alta do paciente?

COMUNICAÇÃO ENTRE AS ENFERMEIRAS DE LIGAÇÃO DO HOSPITAL E AS DO CISSS OU DU CIUSS (OU OUTRO SERVIÇO)

37. Como os serviços de cuidados a domicilio ou da primeira linha acessam a informação contida no plano de alta

38 Quem transmite?

39. De que forma?

() Acesso ao prontuário informatizado ou transferência do prontuário ou de resumo

- () Informações transmitidas por telefone (entre os profissionais)
- () E-mail
- () Fax
- () Sistema informático integrado
- () Outro, especificar:

39. Quando o profissional da atenção primária é informado sobre a alta do paciente?

FATORES QUE FACILITAM E DIFICULTAM AS PRÁTICAS DA ENFERMEIRA DE LIGAÇÃO

40. Quais são os elementos que facilitam as suas práticas de ligação?

41. Quais são os elementos que dificultam as suas práticas?

COMPETÊNCIAS ESSENCIAIS PARA ATUAR COMO ENFERMEIRA DE LIGAÇÃO

42. Quais são as competências essenciais para atuar como enfermeira de ligação?

DESENVOLVIMENTO DAS COMPETÊNCIAS

43. Como você desenvolve as competências para atuar como enfermeira de ligação?

PERGUNTA COMPLEMENTAR

44. Há mais alguma informação adicional que você gostaria

APÊNDICE 2 – ENTREVISTA-CHEFES DAS ENFERMEIRAS DE LIGAÇÃO

Entrevista com os chefes das enfermeiras de ligação

Date:

Início:

Término:

1. CARACTERIZAÇÃO:

1.1 Idade:

1.2 Sexo: () Feminino () Masculino

1.3 Tempo de experiência na profissão :

1.4 Tempo como chefe das enfermeiras de ligação

1.5 Último diploma obtido:

() Bacharelado

() Especialização

() Mestrado

() Doutorado

() Outro, especificar:

() Em curso, especificar

2. GUIA DE ENTREVISTA

2.1 Por quantos enfermeiras de ligação você é responsável ?

2.2 Como as enfermeiras de ligação são inseridos nos serviços? (uma descrição geral da organização das enfermeiras de ligação dos serviços)

2.3 Existe uma regra para calcular quantas enfermeiras de ligação são necessários no serviço?

2.4 Comente como as enfermeiras de ligação são recrutadas e selecionadas?

2.5 Você tem uma descrição de cargo para as enfermeiras de ligação?

2.6 Quais são as competências ou atributos desejáveis para uma enfermeira de ligação?

2.7 Quais são os desafios para coordenação do cargo?

2.8 Há mais alguma informação que você considere importante e gostaria de acrescentar?

APÊNDICE 3 – TCLE CHUM

FORMULAIRE D'INFORMATION ET DE CONSENTEMENT

Titre du projet: Les pratiques des infirmières de liaison pour la continuité des soins

Chercheuse responsable au CHUM: Sylvie Dubois, inf., Ph. D.
Directrice des soins infirmiers et des regroupements clientèles
Centre hospitalier de l'Université de Montréal

Chercheuse principale : Elizabeth Bernardino, inf., Ph.D.
Professeure Adjointe du Département Sciences Infirmières UFPR-Brésil
Professeure associée à la Faculté des Sciences Infirmières Université Laval

Co-chercheuses : Clémence Dallaire, inf., Ph.D.
Professeure Titulaire
Faculté des Sciences infirmières
Université Laval

Gisele Knop Aued
Étudiante au Doctorat
Faculté Sciences Infirmières
Université Fédérale du Paraná - Brésil

N° projet CHUM: 15.241

Identifiant multicentrique: MP-02-2016-6325

PRÉAMBULE

Nous sollicitons votre participation à un projet de recherche parce que vous occupez présentement le poste d'infirmière de liaison ou un poste de responsable des infirmières de liaison. Cependant, avant d'accepter de participer et de signer ce formulaire, veuillez prendre le temps de lire, de comprendre et de considérer attentivement l'information qui suit ou demander qu'on vous la lise.

Ce formulaire peut contenir des mots que vous ne comprenez pas. Nous vous invitons à poser toutes les questions que vous jugerez utiles à la chercheuse

responsable au CHUM, à la chercheuse principale ou aux autres membres du personnel affecté au projet de recherche afin de vous expliquer tout mot ou renseignement qui n'est pas clair pour vous.

NATURE ET OBJECTIFS DU PROJET DE RECHERCHE

Au Brésil, ils n'existent pas d'infirmières de liaisons, les infirmières soignantes cumulent des fonctions cliniques et administratives qui incluent les activités de planification du départ et de transition. Or, une surcharge de travail les pousse à organiser leur temps selon des priorités souvent imposées par le rythme des unités de soins, ceci fait en sorte que la planification du départ et les activités de transition deviennent secondaires.

Le présent projet de recherche vise à décrire les activités et les pratiques des infirmières de liaison contribuant à la continuité des soins entre les soins hospitaliers et les soins de base au Brésil. Plus particulièrement, les objectifs du projet sont les suivants :

1. Décrire comment les infirmières de liaison sont insérées dans les organisations;
2. Décrire les activités des infirmières de liaison dans ces hôpitaux;
3. Identifier quelles sont les principales difficultés et les éléments facilitant l'exercice de leurs activités;
4. Décrire les compétences les plus importantes pour exercer leurs fonctions;
5. Décrire comment les infirmières de liaison développent leurs compétences.

Ce projet de recherche vise ainsi à contribuer à implanter le poste d'infirmière de liaison au Brésil, comme une stratégie vers la continuité des soins.

NOMBRE DE PARTICIPANTES ET DURÉE DE LA PARTICIPATION

Au total, cinquante (50) infirmières participeront à ce projet de recherche au Portugal et au Canada, dont 13 au CHUM.

Votre participation durera de 15 à 20 minutes.

NATURE DE LA PARTICIPATION DEMANDÉE ET DÉROULEMENT DU PROJET DE RECHERCHE

Si vous acceptez de participer à ce projet de recherche, votre participation consistera à répondre à un questionnaire en ligne (via la plateforme webSurvey Monkey) portant sur les pratiques des infirmières de liaison. La durée de complétude de ce questionnaire est d'environ 15-20 minutes.

RISQUES ET INCONVÉNIENTS

Il n'y a aucun risque connu à participer à cette étude.

AVANTAGES

Il se peut que vous retiriez un bénéfice personnel de votre participation à ce projet de recherche, mais on ne peut vous l'assurer. À tout le moins, les résultats obtenus pourraient contribuer à l'avancement des connaissances dans ce domaine.

CONFIDENTIALITÉ

Durant votre participation à ce projet, la chercheuse principale recueillera et consignera dans un dossier de recherche les renseignements vous concernant, mais sans jamais que votre nom ne soit mentionné. Seuls les renseignements nécessaires pour répondre aux objectifs scientifiques de ce projet seront recueillis.

Tous les renseignements recueillis demeureront strictement confidentiels dans les limites prévues par la loi. Toutes les mesures seront prises pour s'assurer de la confidentialité de votre dossier de recherche s'il est consulté et toute information collectée demeurera confidentielle. Afin de préserver votre identité et la confidentialité des renseignements, vous ne serez identifié(e) que par un numéro de code. La clé du code reliant votre nom à votre dossier de recherche sera conservé par la chercheuse principale du projet.

La chercheuse principale du projet utilisera les données à des fins de recherche afin de répondre aux objectifs scientifiques du projet décrit dans le présent formulaire d'information et de consentement.

Les données en elles-mêmes ou combinées aux données provenant d'autres projets, pourront être partagées avec les organismes réglementaires canadiens ou d'autres pays. Ce transfert d'information implique que vos données pourraient être transmises dans d'autres pays que le Canada. Cependant, la chercheuse principale respectera les règles de confidentialité en vigueur au Québec et au Canada, et ce, dans tous les pays.

Ces données seront conservées sous clé, pendant sept (7) ans au maximum par la chercheuse principale dans un classeur de son bureau à l'avenue Lothario Meisner 3400, Jardim Botânico, Curitiba-PR, Brésil (Université fédérale du Paraná).

Les données pourraient aussi servir pour d'autres analyses de données reliées au projet ou pour l'élaboration de projets de recherches futurs.

Les données pourront être publiées dans des revues spécialisées ou faire l'objet de discussions scientifiques, mais il ne sera pas possible de vous identifier.

À des fins de surveillance et de contrôle, votre dossier de recherche, s'il y a lieu, pourra être consulté par une personne mandatée par le comité d'éthique de la recherche du CHUM ou par l'établissement, ainsi que par une personne mandatée par des organismes publics autorisés. Toutes ces personnes et ces organismes adhèrent à une politique de confidentialité.

À des fins de protection, notamment afin de pouvoir communiquer avec vous rapidement, vos noms et prénoms, vos coordonnées et la date de début et de fin de

vosre participation au projet seront conservés pendant un an après la fin du projet dans un répertoire à part maintenu par la chercheuse principale.

Vous avez le droit de consulter votre dossier de recherche pour vérifier les renseignements recueillis et les faire modifier au besoin, et ce, aussi longtemps que la chercheuse principale ou l'établissement détiennent cette information. Cependant, afin de préserver l'intégrité scientifique du projet, vous pourriez n'avoir accès qu'à certains de ces renseignements, une fois votre participation terminée.

COMMUNICATION DES RÉSULTATS GÉNÉRAUX

Vous pourrez connaître les résultats généraux de cette étude si vous en faites la demande à la chercheuse principale à la fin de l'étude.

COMPENSATION

Vous ne recevrez aucune compensation monétaire pour votre participation à ce projet de recherche.

INDEMNATION EN CAS DE PRÉJUDICE ET DROITS DE LA PARTICIPANTE À LA RECHERCHE

Si vous deviez subir quelque préjudice que ce soit par suite de toute procédure liée à l'étude, vous recevrez tous les soins et services requis par votre état de santé, sans frais de votre part.

En acceptant de participer à ce projet, vous ne renoncez à aucun de vos droits ni ne libérez les chercheurs ou l'établissement de leur responsabilité civile et professionnelle.

PARTICIPATION VOLONTAIRE ET POSSIBILITÉ DE RETRAIT

Votre participation à ce projet de recherche est entièrement volontaire. Vous êtes donc libre de refuser d'y participer. Vous pouvez également cesser de participer à ce projet à n'importe quel moment, sans avoir à donner de raisons, en faisant connaître votre décision à la chercheuse responsable du projet, à la chercheuse principale ou à l'un des membres du personnel affecté au projet.

Votre décision de ne pas participer ou de vous retirer de l'étude n'aura aucune conséquence sur vos relations avec vos supérieurs, ni votre employabilité au CHUM ou sur vos relations avec les chercheuses et les autres intervenants.

La chercheuse responsable du projet de recherche, la chercheuse principale et le comité d'éthique de la recherche du CHUM peuvent mettre fin à votre participation,

sans votre consentement, notamment si vous ne respectez pas les consignes du projet de recherche ou s'il existe des raisons administratives d'abandonner le projet.

Si vous vous retirez ou êtes retirée du projet, l'information déjà obtenue dans le cadre de ce projet sera conservée aussi longtemps que nécessaire pour assurer l'intégrité de l'étude et rencontrer les exigences réglementaires.

Toute nouvelle connaissance acquise durant le déroulement du projet qui pourrait affecter votre décision de continuer d'y participer vous sera communiquée sans délai verbalement et par écrit.

PERSONNES RESSOURCES

Si vous avez des questions concernant le projet de recherche ou si vous éprouvez un problème concernant votre participation au projet, vous pouvez communiquer avec la chercheuse responsable au CHUM ou la chercheuse principale du projet aux numéros et courriels suivants :

Sylvie Dubois, chercheuse responsable au CHUM, 514-890-8071, du lundi au vendredide 10 heures à 17 heures, sylvie.dubois.chum@ssss.gouv.qc.ca

Elizabeth Bernardino, chercheuse principale, 55 41 33613752 (Brésil), du lundi au vendredi de 8h à 17h, elizaber@ufpr.br, elizabeth.bernardino@fsi.ulaval.ca

Pour toute question concernant vos droits en tant que participante à ce projet de recherche ou si vous avez des plaintes ou des commentaires à formuler, vous pouvez communiquer avec la **Commissaire locale aux plaintes et à la qualité des services** de l'Hôpital Notre-Dame du CHUM au 514-890-8000, poste 26047 ou de l'Hôtel-Dieu du CHUM au 514-890-8000, poste 12761 ou de l'Hôpital St-Luc du CHUM au numéro 514- 890-8000, poste 36366, selon votre site d'appartenance.

SURVEILLANCE DES ASPECTS ÉTHIQUES

Le comité d'éthique de la recherche du CHUM a approuvé ce projet et en assure le suivipour tous les centres participants au Québec. De plus, il approuvera au préalable toute révision et toute modification apportée au formulaire d'information et de consentement et au protocole de recherche.

CONSENTEMENT

J'ai lu et j'ai eu suffisamment de temps pour comprendre pleinement les renseignements présentés ci-dessus concernant cette étude. J'ai reçu des explications complètes sur les méthodes et les moyens qui seront utilisés dans le cadre de cette étude ainsi que sur les désagréments et les risques qui pourraient y être associés.

En cliquant sur le bouton « J'accepte de participer » j'accepte de plein gré de participer à cette étude et je serais rediriger vers le questionnaire.

Engagement des chercheuses

Je certifie qu'on a expliqué à la participante les termes du présent formulaire d'information et de consentement, que l'on a répondu aux questions qu'elle avait à cet égard et qu'on lui a clairement indiqué qu'elle demeure libre de mettre un terme à sa participation.

Je m'engage, avec l'équipe de recherche, à respecter ce qui a été convenu au formulaire d'information et de consentement et à en remettre une copie signée et datée à la participante.

Sylvie Dubois - Chercheuse responsable au CHUM

Elizabeth Bernardino- Chercheuse principale

APÊNDICE 4 – TCLE CHU

FORMULAIRE D'INFORMATION ET DE CONSENTEMENT

Titre du projet: Les pratiques des infirmières de liaison pour la continuité des soins

Chercheuse responsable au CIUSS: Clémence Dallaire, inf., Ph.D. Professeure Titulaire Faculté des Sciences infirmières Université Laval

Chercheuse responsable au CHUM: Sylvie Dubois, inf., Ph. D. Directrice des soins infirmiers et des regroupements clientèles Centre hospitalier de l'Université de Montréal

Chercheuse principale: Elizabeth Bernardino, inf., Ph.D. Professeure Adjointe du Département Sciences Infirmières UFPR-Brésil. Professeure associée à la Faculté des Sciences Infirmières Université Laval

Co-chercheuse: Gisele Knop Aued Étudiante au Doctorat Faculté Sciences Infirmières Université Fédérale du Paraná – Brésil

N° projet CHUM: 15.241

Identifiant multicentrique : MP-02-2016-6325

PRÉAMBULE

Nous sollicitons votre participation à un projet de recherche parce que vous occupez présentement le poste d'infirmière de liaison ou un poste de responsable des infirmières de liaison. Cependant, avant d'accepter de participer et de signer ce formulaire, veuillez prendre le temps de lire, de comprendre et de considérer attentivement l'information qui suit ou demander qu'on vous la lise.

Ce formulaire peut contenir des mots que vous ne comprenez pas. Nous vous invitons à poser toutes les questions que vous jugerez utiles à la chercheuse responsable au CHUM, à la chercheuse principale ou aux autres membres du personnel affecté au projet de recherche afin de vous expliquer tout mot ou renseignement qui n'est pas clair pour vous.

NATURE ET OBJECTIFS DU PROJET DE RECHERCHE

Au Brésil, ils n'existent pas d'infirmières de liaisons, les infirmières soignantes cumulent des fonctions cliniques et administratives qui incluent les activités de planification du départ et de transition. Or, une surcharge de travail les pousse à organiser leur temps selon des priorités souvent imposées par le rythme des unités de soins, ceci fait en sorte que la planification du départ et les activités de transition deviennent secondaires.

Le présent projet de recherche vise à décrire les activités et les pratiques des infirmières de liaison contribuant à la continuité des soins entre les soins hospitaliers et les soins de base au Brésil. Plus particulièrement, les objectifs du projet sont les suivants

1. Décrire comment les infirmières de liaison sont insérées dans les organisations;
2. Décrire les activités des infirmières de liaison dans ces hôpitaux;
3. Identifier quelles sont les principales difficultés et les éléments facilitant l'exercice de leurs activités;
4. Décrire les compétences les plus importantes pour exercer leurs fonctions;
5. Décrire comment les infirmières de liaison développent leurs compétences.

Ce projet de recherche vise ainsi à contribuer à implanter le poste d'infirmière de liaison au Brésil, comme une stratégie vers la continuité des soins.

NOMBRE DE PARTICIPANTES ET DURÉE DE LA PARTICIPATION

Au total, cinquante (50) infirmières participeront à ce projet de recherche au Portugal et au Canada, dont 12 au Centre Intégré Universitaire de Santé et des Services Sociaux de la Capitale Nationale-Québec. Votre participation durera de 15 à 20 minutes.

NATURE DE LA PARTICIPATION DEMANDÉE ET DÉROULEMENT DU PROJET DE RECHERCHE

Si vous acceptez de participer à ce projet de recherche, votre participation consistera à répondre à un questionnaire en ligne (via la plateforme web Survey Monkey) portant sur les pratiques des infirmières de liaison. La durée de complétude de ce questionnaire est d'environ 15-20 minutes.

RISQUES ET INCONVÉNIENTS

Il n'y a aucun risque connu à participer à cette étude.

AVANTAGES

Il se peut que vous retiriez un bénéfice personnel de votre participation à ce projet de recherche, mais on ne peut vous l'assurer. À tout le moins, les résultats obtenus pourraient contribuer à l'avancement des connaissances dans ce domaine.

CONFIDENTIALITÉ

Durant votre participation à ce projet, la chercheuse principale recueillera et consignera dans un dossier de recherche les renseignements vous concernant, mais sans jamais que votre nom ne soit mentionné. Seuls les renseignements nécessaires pour répondre aux objectifs scientifiques de ce projet seront recueillis.

Tous les renseignements recueillis demeureront strictement confidentiels dans les limites prévues par la loi. Toutes les mesures seront prises pour s'assurer de la confidentialité de votre dossier de recherche s'il est consulté et toute information collectée demeurera confidentielle. Afin de préserver votre identité et la confidentialité des renseignements, vous ne serez identifié(e) que par un numéro de code. La clé du code reliant votre nom à votre dossier de recherche sera conservé par la chercheuse principale du projet.

La chercheuse principale du projet utilisera les données à des fins de recherche afin de répondre aux objectifs scientifiques du projet décrit dans le présent formulaire d'information et de consentement.

Les données en elles-mêmes ou combinées aux données provenant d'autres projets, pourront être partagées avec les organismes réglementaires canadiens ou d'autres pays. Ce transfert d'information implique que vos données pourraient être transmises dans d'autres pays que le Canada. Cependant, la chercheuse principale respectera les règles de confidentialité en vigueur au Québec et au Canada, et ce, dans tous les pays.

Ces données seront conservées sous clé, pendant sept (7) ans au maximum par la chercheuse principale dans un classeur de son bureau à l'avenue Lothario Meisner 3400, Jardim Botânico, Curitiba-PR, Brésil (Université fédérale du Paraná).

Les données pourraient aussi servir pour d'autres analyses de données reliées au projet ou pour l'élaboration de projets de recherches futurs.

Les données pourront être publiées dans des revues spécialisées ou faire l'objet de discussions scientifiques, mais il ne sera pas possible de vous identifier.

À des fins de surveillance et de contrôle, votre dossier de recherche, s'il y a lieu, pourra être consulté par une personne mandatée par le comité d'éthique de la recherche du CHUM ou par l'établissement, ainsi que par une personne mandatée par des organismes publics autorisés. Toutes ces personnes et ces organismes adhèrent à une politique de confidentialité.

À des fins de protection, notamment afin de pouvoir communiquer avec vous rapidement, vos noms et prénoms, vos coordonnées et la date de début et de fin de

vosre participation au projet seront conservés pendant un an après la fin du projet dans un répertoire à part maintenu par la chercheuse principale.

Vous avez le droit de consulter votre dossier de recherche pour vérifier les renseignements recueillis et les faire modifier au besoin, et ce, aussi longtemps que la chercheuse principale ou l'établissement détiennent cette information. Cependant, afin de préserver l'intégrité scientifique du projet, vous pourriez n'avoir accès qu'à certains de ces renseignements, une fois votre participation terminée.

COMMUNICATION DES RÉSULTATS GÉNÉRAUX

Vous pourrez connaître les résultats généraux de cette étude si vous en faites la demande à la chercheuse principale à la fin de l'étude.

COMPENSATION

Vous ne recevrez aucune compensation monétaire pour votre participation à ce projet de recherche.

INDEMNATION EN CAS DE PRÉJUDICE ET DROITS DE LA PARTICIPANTE À LA RECHERCHE

Si vous deviez subir quelque préjudice que ce soit par suite de toute procédure reliée à l'étude, vous recevrez tous les soins et services requis par votre état de santé, sans frais de votre part.

En acceptant de participer à ce projet, vous ne renoncez à aucun de vos droits ni ne libérez les chercheurs ou l'établissement de leur responsabilité civile et professionnelle.

PARTICIPATION VOLONTAIRE ET POSSIBILITÉ DE RETRAIT

Votre participation à ce projet de recherche est entièrement volontaire. Vous êtes donc libre de refuser d'y participer. Vous pouvez également cesser de participer à ce projet à n'importe quel moment, sans avoir à donner de raisons, en faisant connaître votre décision à la chercheuse responsable du projet, à la chercheuse principale ou à l'un des membres du personnel affecté au projet.

Votre décision de ne pas participer ou de vous retirer de l'étude n'aura aucune conséquence sur vos relations avec vos supérieurs, ni votre employabilité au CHUM ou sur vos relations avec les chercheuses et les autres intervenants.

La chercheuse responsable du projet de recherche, la chercheuse principale et le comité d'éthique de la recherche du CHUM peuvent mettre fin à votre participation,

sans votre consentement, notamment si vous ne respectez pas les consignes du projet de recherche ou s'il existe des raisons administratives d'abandonner le projet.

Si vous vous retirez ou êtes retirée du projet, l'information déjà obtenue dans le cadre de ce projet sera conservée aussi longtemps que nécessaire pour assurer l'intégrité de l'étude et rencontrer les exigences réglementaires.

Toute nouvelle connaissance acquise durant le déroulement du projet qui pourrait affecter votre décision de continuer d'y participer vous sera communiquée sans délai verbalement et par écrit.

PERSONNES RESSOURCES

Si vous avez des questions concernant le projet de recherche ou si vous éprouvez un problème concernant votre participation au projet, vous pouvez communiquer avec la chercheuse responsable au CHUM ou la chercheuse principale du projet aux numéros et courriels suivants :

Clémence Dallaire, chercheuse responsable au CIUSS, 418 656-3356, du lundi au vendredi de 10 heures à 17 heures, clemence.dallaire@fsi.ulaval.ca

Elizabeth Bernardino, chercheuse principale, 55 41 33613752 (Brésil), du lundi au vendredi de 8h à 17h, elizaber@ufpr.br, elizabeth.bernardino@fsi.ulaval.ca

Pour toute question concernant vos droits en tant que participante à ce projet de recherche ou si vous avez des plaintes ou des commentaires à formuler, vous pouvez communiquer avec la Coordonnatrice du Comité d'éthique de la recherche CIUSSS de la Capitale-Nationale Secteurs : CSSS Vieille-Capitale/Québec-Nord/Portneuf; DSP de la Capitale Nationale et Jeffery Hale St-Brigid's. Téléphone : 418 681-8787 poste 3864 ou par courriel : beatrice.eysermann@csss qc.ca.

SURVEILLANCE DES ASPECTS ÉTHIQUES

Le comité d'éthique de la recherche du CHUM a approuvé ce projet et en assure le suivi pour tous les centres participants au Québec. De plus, il approuvera au préalable toute révision et toute modification apportée au formulaire d'information et de consentement et au protocole de recherche.

CONSENTEMENT

J'ai lu et j'ai eu suffisamment de temps pour comprendre pleinement les renseignements présentés ci-dessus concernant cette étude. J'ai reçu des explications complètes sur les méthodes et les moyens qui seront utilisés dans le cadre de cette étude ainsi que sur les désagréments et les risques qui pourraient y être associés. En cliquant sur le bouton « J'accepte de participer » j'accepte de plein gré de participer à cette étude et je serais redirigé vers le questionnaire.

Engagement des chercheuses

Je certifie qu'on a expliqué à la participante les termes du présent formulaire d'information et de consentement, que l'on a répondu aux questions qu'elle avait à cet égard et qu'on lui a clairement indiqué qu'elle demeure libre de mettre un terme à sa participation. Je m'engage, avec l'équipe de recherche, à respecter ce qui a été convenu au formulaire d'information et de consentement et à en remettre une copie signée et datée à la participante.

Sylvie Dubois - Chercheuse responsable au CHUM

Elizabeth Bernardino- Chercheuse principale

APÊNDICE 5 – MATRIZ DE ANÁLISE

QUADRO 7 - MATRIZ COM AS CATEGORIAS DE ANÁLISE E SUA RELAÇÃO COM OS PARTICIPANTES DA PESQUISA

Categorias de análise		Chéfes das enfermeiras de ligação	Enfermeiras de ligação
Categoria: Recrutamento e seleção das enfermeiras para o cargo de ligação.		X	
Categoria: Atributos das enfermeiras para o cargo de ligação.		X	
Categoria: Aquisição dos conhecimentos para atuar no cargo de ligação Conhecimentos acerca dos serviços e dos recursos disponíveis na rede (centros de saúde, curativos, medicamentos, outros)?		X	X
Categoria: Os desafios na coordenação do cargo de ligação		X	
Categoria: Competências para atuar no cargo de ligação			X
Categoria: O desenvolvimento das competências pelas enfermeiras de ligação.			X
Categoria: A identificação do paciente que necessita do serviço de ligação. Enfermeira de ligação Outros profissionais da equipe assistencial			X
Categoria: O planejamento da alta hospitalar Início do planejamento da alta hospitalar Entrevista Exame físico Coordenador do planejamento da alta Principais informações que contemplam o planejamento da alta Inserção dos familiares no planejamento da alta e seu papel Suporte oferecido para realizar o planejamento da alta			X
Categoria: A transferência das informações entre o hospital e os demais serviços Meio de transmitir as informações (telefone, e-mail, fax sistema informático integrado, formulários, entre outros). Quando as informações são transmitidas			X
Categoria: Os elementos que dificultam as práticas das enfermeiras de ligação			X
Categoria: Os elementos que facilitam as práticas das enfermeiras de ligação			X

FONTE: O autor (2016).

APÊNDICE 6 – QUADROS COM CATEGORIAS SUBCATEGORIAS DA PESQUISA

QUADRO 8 - CATEGORIAS E SUBCATEGORIAS RELACIONADAS AO CARGO DE LIGAÇÃO

(continua)

CATEGORIAS	SUBCATEGORIAS	EXEMPLOS
Recrutamento e seleção para o cargo de ligação.	Recrutamento do tipo interno.	“[...] se a gente tem alguém que trabalha em outro centro hospitalar, exterior ao centro hospitalar universitário [...] e que tem experiência em ligação e é engajada, eles vão colocar em um banco de potenciais candidatos.” (CL1).
	Processo de seleção.	“[...] nos somos sindicalmente obrigados a exibir nas unidades de cuidados que precisam de substituição [...]. Portanto, há pessoas que trabalham nas unidades de cuidados e dizem isto me interessa e eles vão aplicar e dizer eu estou interessado.” (CL1). “[...] é um exame escrito que elas devem conseguir acima de 60%, em seguida uma entrevista com a simulação de uma situação [...] há também um pequeno documento que deve completar para um currículo vitae [...] há um pequeno montante de pontos no total.” (CL2).
Atributos das enfermeiras para o cargo de ligação	Experiência clínica.	“Eu penso que precisa de experiência, isso é engraçado! Isso não está na mesma categoria da competência, mas é necessário ter visto diferentes situações de pacientes, é preciso ter vivido sobre o terreno da prática e visto como os pacientes evoluem.” (CL1)
	Conhecimento da rede.	“[...] é preciso ter um bom conhecimento da rede.” (CL1).
	Autonomia.	“[...] é preciso que seja autônoma.” (CL2). “[...] proativa, procurar as soluções [...]. Não devem esperar que seja o médico [...] quem irá encontrar as soluções [...]”. (CL2).
A aquisição dos conhecimentos para atuar no cargo de ligação..	Educação formal.	“[...] em seguida do processo de seleção elas tem um mês de orientação [...]”. (CL1) “Formação inicial ao entrar no cargo de ligação.” (EL5) “[...] atualização contínua pelo e-mail e por formações em sala.” (EL1). “[...] atualização da oferta de serviços quando as diferenças são observadas.” (EL10). “[...] por meio dos meus estudos universitários.” (EL2).
	Documentos de referência e um banco de dados.	“[...] nos temos um guia de referência.” (EL4). “Banco de dados com os recursos externos foram criados. (um portal).” (EL20). “Procedimento escrito contendo os protocolos [...]”. (EL9).
	No cotidiano da profissão.	“Com a experiência.” (EL3). “[...] discutindo com os membros da rede nossos colegas.” (EL14). “Pelo contato com os trabalhadores sociais, fazendo perguntas para o centro local de serviços comunitários.” (EL15). “[...] por <i>feedback</i> dos pacientes que já foram referenciados [...]”. (EL12).

QUADRO 8 - CATEGORIAS E SUBCATEGORIAS RELACIONADAS AO CARGO DE LIGAÇÃO

(conclusão)

CATEGORIAS	SUBCATEGORIAS	EXEMPLOS
Os desafios na coordenação do cargo de ligação.	Absenteísmo das enfermeiras de ligação.	“As ausências [...] especialmente uma doença [...] que eu não posso solicitar enfermeira clínica para vir ajudar. Isso é realmente um grande desafio, são as faltas [...] teve falta de uma enfermeira de maio a fevereiro, mas eu não pude substituir, minha equipe estava menor.” (CL2).
	Não preenchimento do sistema informático pelas enfermeiras que realizam a alta hospitalar no fim de semana.	[...] é a enfermeira de cabeceira, mas o mais frequente é a enfermeira assistente chefe que prepara a saída do paciente e se assegura de solicitar os serviços, mas eles não preencherão os papéis e eles vão enviar o paciente para casa. Segunda-feira de manhã a enfermeira de ligação ela tem três pacotes de folhas, e estes três pacientes que partiram e deve que você assegure que os serviços estejam inscritos em um sistema informático. (CL2).
Competência para atuar no cargo de ligação.	Julgamento clínico.	“Julgamento clínico.” (EL1).
	Visão holística do paciente.	“Visão global.” (EL2).
	Liderança.	“Liderança.” (EL10).
	Comunicação.	“Capacidade de comunicação e de disseminar informação”. (EL1).
	Flexibilidade.	“Boa capacidade de adaptação”. (EL18).
	Gestão de prioridades.	“Capacidade de priorizar demandas [...]”. (EL7).
	Trabalho em equipe.	“Senso de organização”. (EL13).
	Criatividade.	“Ser capaz de trabalhar em equipe”. (EL12).
	Advogar pelo paciente.	“Criatividade”. (EL21).
	Autonomia.	“Advocacia”. (EL21).
O desenvolvimento das competências pelas enfermeiras de ligação.	Gestão do estresse.	“Autonomia profissional.” (EL20).
	Educação formal.	“Boa gestão de seu estresse”. (EL10).
	No cotidiano da profissão.	“Bacharelado”. (EL1).
		“[...] formação continuada”. (EL14).
		“Experiência clínica e em cuidados críticos”. (EL1).
		“Entre colegas”. (EL8).
		“Observando meus colegas mais experientes e em comunicação com os recursos externos [...]”. (EL12).
FONTE: O autor (2017).		

QUADRO 9 - CATEGORIAS E SUBCATEGORIAS RELACIONADAS ÀS ATIVIDADES DAS ENFERMEIRAS DE LIGAÇÃO NA ATENÇÃO HOSPITALAR

(continua)

CATEGORIAS	SUBCATEGORIAS	EXEMPLOS
A identificação do paciente que necessita do serviço de ligação.	Busca ativa pela enfermeira de ligação ou em colaboração com enfermeiras que ocupam outros cargos.	<p>“Acontece de eu fazer busca ativa para certos casos, exemplo, logo que eu efetuo as listas dos usuários hospitalizados a cada manhã, eu verifico se eles são conhecidos ou não do CIUSSS [...]”. (EL14).</p> <p>“[...] também fazemos a busca ativa”. (EL9).</p> <p>“Busca ativa nas unidades de cuidado”. (EL5).</p> <p>“Busca ativa com a assistente da enfermeira chefe ou com a enfermeira responsável pelo cuidado ao paciente”. (EL3).</p>
	Identificação pela enfermeira de ligação nas reuniões multidisciplinares e ao dialogar com enfermeiras que ocupam outros cargos.	<p>“[...] nos também identificamos muitos pacientes nas reuniões multidisciplinares”. (EL15).</p> <p>“Discussão com as enfermeiras [...] assistenciais”. (EL5).</p> <p>“[...] mas também em encontros multidisciplinares [...]”. (EL9).</p>
	Identificação pelos demais profissionais da equipe assistencial.	<p>“Médico, enfermeira assistencial, assistente da enfermeira chefe, equipe interdisciplinar, (fisioterapeuta, ergoterapeuta, assistente social, nutricionista) podem identificar e referir o paciente a enfermeira de ligação”. (EL7).</p> <p>“Normalmente as enfermeiras assistenciais e outros profissionais devem me avisar via um pedido de referência [...]”. (EL20).</p> <p>“[...] as enfermeiras nos encaminham um pedido via fax”. (EL19).</p> <p>“Pedidos escritos enviadas via fax [...]”. (EL18).</p>
	Identificação pela família do paciente.	<p>“A família também pode fazer a solicitação”. (EL4).</p>

QUADRO 9 - CATEGORIAS E SUBCATEGORIAS RELACIONADAS ÀS ATIVIDADES DAS ENFERMEIRAS DE LIGAÇÃO NA ATENÇÃO HOSPITALAR

(continuação)

CATEGORIAS	SUBCATEGORIAS	EXEMPLOS
O planejamento da alta hospitalar.	<p>O início do planejamento da alta hospitalar.</p> <hr/> <p>Principais aspectos:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Na admissão do paciente. - Momento mais adequado para paciente ou para o médico. - No dia da alta hospitalar do paciente. 	<p>“Quando o requerimento é enviado por fax para a ligação”. (EL19).</p> <p>“Desde a admissão do paciente”. (EL1).</p> <p>“Idealmente o mais cedo possível na hospitalização”. (EL4).</p> <p>“Idealmente desde a sua chegada”. (EL22).</p> <p>“Quando estabilizado clinicamente [...] ou quando a rede manifesta problema antecipado”. (EL13).</p> <p>“Desde que as prescrições médicas estejam no prontuário ou pela readaptação segundo o fisioterapeuta e o terapeuta ocupacional”. (EL20).</p> <p>“Depende do caso, desde que o paciente é estável clinicamente ou desde que nos conhecemos a data da saída”. (EL11).</p> <p>“Quando o médico esta pronto a liberar o paciente. Isto com frequência ao último minuto”. (EL15)</p> <p>“Bem frequente, infelizmente, no dia da saída”. (EL21).</p>
	<p>Possíveis coordenadores do planejamento de alta</p> <hr/> <ul style="list-style-type: none"> - Enfermeira de ligação. - Médico. - Assistente social. - Enfermeiras que ocupam outros cargos. 	<p>Enfermeira de ligação. (EL1).</p> <p>Médico. (EL2)</p> <p>Assistente social. (EL1).</p> <p>Enfermeiras de outros cargos. (EL2).</p>

QUADRO 9 - CATEGORIAS E SUBCATEGORIAS RELACIONADAS ÀS ATIVIDADES DAS ENFERMEIRAS DE LIGAÇÃO NA ATENÇÃO HOSPITALAR

CATEGORIAS	SUBCATEGORIAS	EXEMPLOS
<p>O planejamento da alta hospitalar.</p>	<p>As dimensões da avaliação do paciente.</p> <hr/> <p>Principais aspectos:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Endereço e histórico do paciente. - Autonomia. - Meio de vida. - Disponibilidade de um cuidador próximo. - Sucinta avaliação física-psíquica. - Identificação dos recursos extra-hospitalares. - Compreensão dos cuidados pelo paciente. 	<p>“Verificação do endereço e seu meio de vida e da rede de suporte disponível segundo as necessidades. Identificar as diferenças entre autonomia anterior e atual. Identificar os fatores de risco no retorno no domicílio. Identificar as necessidades e os meios que deverá ser utilizado para completar o que esta faltando”. (EL10).</p> <p>“[...] outras informações habitualmente encontradas no prontuário (médico de família, antecedentes, lista de medicamentos, alergias, motivos da admissão)”. (EL17)</p> <p>“Meio de vida (residência <i>versus</i> casa/apartamento)”. (EL20).</p> <p>“Barreiras arquitetônicas, adaptações”. (EL23).</p> <p>“Avaliamos [...] pessoas de referência que podem ajudar”. (EL19).</p> <p>“Suporte (sua rede)”. (EL4).</p> <p>“[...] na entrevista pode acontecer [...] de fazer uma avaliação física sumária (por exemplo, um teste de marcha em curta distância para validar a segurança dos deslocamentos)”. (EL14).</p> <p>“Avaliação de feridas e drenos restantes ou outros cuidados”. (EL21).</p> <p>“Sua atitude face ao retorno ao domicílio (ansiedade <i>versus</i> confiança e seus meios)”. (EL18).</p> <p>“Presença de equipamentos, recursos, (CLSC, médico de família, enfermeira de monitoramento)”. (EL4).</p> <p>“[...] serviços no local [...] acompanhamento médico assegurado por?”. (EL13).</p> <p>“Médico de família, farmácia comunitária, pessoa de contato”. (EL14).</p> <p>“Verificação do ensino recebido para diferentes cuidados”. (EL11).</p> <p>“Explicação sobre os cuidados e serviços do CLSC”. (EL15).</p> <p>“[...] a gestão da doença (gestão de RX, da glicemia, etc)”. (EL4).</p> <p>“Conhecimento atual sobre os cuidados a fazer”. (EL8).</p>
		(continuação)

QUADRO 9 - CATEGORIAS E SUBCATEGORIAS RELACIONADAS ÀS ATIVIDADES DAS ENFERMEIRAS DE LIGAÇÃO NA ATENÇÃO HOSPITALAR

(continuação)

CATEGORIAS	SUBCATEGORIAS	EXEMPLOS
O planejamento da alta hospitalar	<p>A inserção da família no planejamento da alta hospitalar.</p> <p>Principais aspectos:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Quando a família deseja participar ou quando o paciente deseja que esta participe. - Paciente é inapto à participar do planejamento de alta. - Serviços extra-hospitalares não podem solucionar determinadas demandas. 	<p>“[...] quando a família manifestou o desejo de estar junto nesse processo”. (EL1).</p> <p>“A pedido do paciente”. (EL5).</p> <p>“Na medida em que a pessoa está perdendo autonomia e que ela tem necessidade de suporte de seus próximos”. (EL2).</p> <p>“Eu contato a família somente se o paciente é inapto para receber a informação [...]”. (EL18).</p> <p>“Sobretudo quando a pessoa está confusa”. (EL20).</p> <p>“Nós chamamos a família quando o CLSC não será capaz de atender todas as necessidades do paciente e a família deve participar e colaborar. Se necessário nós realizamos encontros com a família e outros profissionais da equipe multidisciplinar implicadas no prontuário”. (EL7).</p> <p>“Se for necessário adaptação ao domicílio [...]”. (EL7)</p>
	<p>O papel da família no planejamento da alta e após alta hospitalar.</p> <p>Principais aspectos:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Avaliação do paciente para retorno ao domicílio. - Transporte do paciente. - Realizar o cuidado e/ou coordená-lo no domicílio. 	<p>“Participa na avaliação inicial do paciente”. (EL4).</p> <p>“[...] a família é implicada para validar as informações e para verificar seu nível de implicação”. (EL11).</p> <p>“Para avaliação de sua percepção da segurança de retornar ao domicílio”. (EL15).</p> <p>“Para avaliar a possibilidade de retorno ao domicílio e a ajuda possível”. (EL21).</p> <p>“Transporte para o retorno ao domicílio”. (EL3).</p> <p>“Ainda, é frequente eles que eles vêm buscar os pacientes”. (EL15).</p> <p>“Podem [...] participar para gerenciar os cuidados (injeções, ATB IV [...] etc)”. (EL4).</p> <p>“Prática de certas técnicas de cuidados como irrigação de drenos, ou administração de antibióticos intra-venoso a domicílio”. (EL6).</p> <p>“[...] suporte para: atividades da vida cotidiana, atividades da vida doméstica, gestão de RX, administração de injeções”. (EL17).</p> <p>“Se nós devemos implicar alguém da família nos cuidados nós os ensinamos”. (EL9).</p>

QUADRO 9 - CATEGORIAS E SUBCATEGORIAS RELACIONADAS ÀS ATIVIDADES DAS ENFERMEIRAS DE LIGAÇÃO NA ATENÇÃO HOSPITALAR

CATEGORIAS	SUBCATEGORIAS	EXEMPLOS
<p>Planejamento da alta hospitalar.</p>	<p>Os principais elementos incluídos no planejamento de alta hospitalar.</p> <hr/> <p>Principais aspectos:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Endereço e histórico do paciente. -Autonomia. - Meio de vida, - Disponibilidade de um cuidador próximo. - Nível de compreensão dos cuidados pelo paciente. - Cuidados realizados no hospital e as complicações. - Principais diagnósticos. - Situação clínica atual. - Últimos resultados laboratoriais, - Os medicamentos em uso, - As consultas agendadas a serem realizadas. - Os principais profissionais envolvidos. - As prescrições. - Contato dos serviços em caso urgência. - Os cuidados a serem realizados aos paciente após a alta hospitalar. 	<p>“Endereço do paciente [...]”. (EL19).</p> <p>“Diagnósticos principais”. (EL1).</p> <p>“Os cuidados realizados no hospital”. (EL1).</p> <p>“Últimos resultados de laboratório” (EL2).</p> <p>“Situação clínica atual”. (EL1).</p> <p>“Autonomia anterior e atual”. (EL2).</p> <p>“Medicamentos em uso”. (EL1).</p> <p>“Plano de enfermagem”. (EL4).</p> <p>“Contato em caso de urgência”. (EL1).</p> <p>“Necessidades clínica e não clínicas”. (EL5).</p> <p>“As expectativas dos pacientes. As consultas de continuidade”. (EL4).</p> <p>“As consultas a serem feitas, os cuidados a serem prestados ao paciente, as técnicas de cuidado quando são muito especializadas”. (EL6).</p> <p>“O meio de vida. Os ajudantes principais”. (EL11).</p> <p>“As necessidades do paciente na sua saída”. (EL12).</p> <p>“Os profissionais implicados, as complicações durante a hospitalização. Os antecedentes”. (EL23).</p> <p>“O plano médico na sua partida, se o paciente compreende bem o que nós esperamos”. (EL16).</p> <p>“Os cuidados que deve receber depois da saída do hospital”. (EL20).</p>

(continuação)

QUADRO 9 - CATEGORIAS E SUBCATEGORIAS RELACIONADAS ÀS ATIVIDADES DAS ENFERMEIRAS DE LIGAÇÃO NA ATENÇÃO HOSPITALAR

(conclusão)

CATEGORIAS	SUBCATEGORIAS	EXEMPLOS
<p>A transferência das informações entre o hospital e a regulação.</p>	<p>Envio do formulário de contrarreferência pela enfermeira de ligação à regulação.</p> <hr/> <p>Principais aspectos:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Contrarreferência informatizada. - Envio da contrarreferência de 24 a 48 horas antes, no dia da alta para casos complexos ou após a alta do paciente. 	<p>“Por uma demanda de serviços entre estabelecimentos [...]”. (EL1).</p> <p>“Principalmente pela demanda de serviços entre estabelecimentos ou raramente por telefone”. (EL11).</p> <p>“Nos temos um sistema informático que se chama DSIE (demanda de serviços inter estabelecimento). Ele é às vezes direto ou às vezes nos enviamos via fax”. (EL6).</p> <p>“No dia da alta hospitalar”. (EL5).</p> <p>“Se a alta é complexa com muitos cuidados requeridos, 24 ou 48 horas antes da alta. Se o pedido é simples frequentemente no mesmo dia”. (EL4).</p> <p>“24 horas antes, mas em certos andares são feitas quando o paciente já saiu”. (EL8).</p>
	<p>Documentos entregues ao paciente na alta hospitalar.</p> <hr/> <p>Principais aspectos:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Resumo/carta de alta. - Prescrições. - Folhetos informativos. - Endereços dos serviços onde o paciente será atendido após a alta hospitalar. 	<p>“Suas prescrições, seus encontros marcados, seu resumo da internação, mas os documentos que os CLSC recebem são enviados 90% eletronicamente”. (EL2).</p> <p>“Folha resumo da hospitalização, prescrições de alta”. (EL17).</p> <p>“Folhetos de informação sobre sua cirurgia o que fazer, o que não fazer, referência dos recursos específicos [...]”. (EL6).</p> <p>“Eu lhe dou um cartão com o número do telefone do CLSC e do serviço 24 horas se necessário”. (EL18).</p> <p>“Endereço [...] dos serviços oferecidos”. (EL11).</p>

FONTE: O autor (2017).

QUADRO 10 - CATEGORIAS E SUBCATEGORIAS RELACIONADAS AOS ELEMENTOS QUE DIFICULTAM E FACILITAM AS PRÁTICAS DAS ENFERMEIRAS DE LIGAÇÃO (continua)

CATEGORIAS	SUBCATEGORIAS	EXEMPLOS
Os elementos que dificultam as práticas das enfermeiras de ligação.	Dificuldades relacionadas aos serviços extra-hospitalares. Principais aspectos: - Déficit na transmissão informações acerca dos serviços e dos recursos disponíveis aos pacientes. - Déficit na transmissão informações quando há mudanças nos critérios de referência e contrarreferência. - Lacunas nas trajetórias de cuidados.	“Falta de disponibilidade dos recursos externos para fornecer informações”. (EL22). “O fato de desconhecer todos os recursos disponíveis da rede [...]”. (EL21). “Falta de informações durante uma mudança nos critérios de referência dos nossos parceiros. Zona cinza. Logo que um paciente cai num buraco de serviços”. (EL11). “Certas trajetórias tem um “buraco” de serviços”. (EL10).
	Dificuldades relacionadas ao processo de trabalho. Principais aspectos: - Pouco tempo para avaliar os pacientes - Hierarquização do processo de trabalho.	“Pouco tempo para avaliar os pacientes [...]”. (EL4). “Prazos muitos curtos”. (EL2). “Quando tem muitos dirigentes/coordenadores em relação a pessoas do campo”. (EL10). “Dever passar por muitos intermediários para falar diretamente com a pessoa que vai ver o paciente ou que já se ocupa dele [...]”. (EL21).
	Insuficiente colaboração com o papel da enfermeira de ligação Principais aspectos: - Dificuldade da equipe médica em informar a alta com antecedência. - Insuficiente implicação das enfermeiras assistenciais. - Incompreensão do papel das enfermeiras de ligação.	“Um médico que tem um plano de alta, mas não diz a ninguém e das altas surpresas”. (EL12). “A rigidez da equipe médica para dar alta para os pacientes muito rapidamente sem que todos os elementos estejam planejados [...]”. (EL15). “Uma referência entre estabelecimentos incompleta, não objetiva [...]”. As enfermeiras assistenciais que não estão implicadas com o paciente, por exemplo, é frequentemente ouvido: eu não sei, eu não o conheço, é minha primeira vez com ele, etc”. (EL7). “Os atrasos e a más avaliações das necessidades dos pacientes”. (EL6). “Falta de colaboração dos outros profissionais, incompreensão do meu papel pelos outros membros da equipe de cuidados”. (EL18). “Complexidade do caso”. [EL19]
	Complexidade dos pacientes.	“Aumento da complexidade de cuidados e de procedimentos”. [EL10].

QUADRO 10 - CATEGORIAS E SUBCATEGORIAS RELACIONADAS AOS ELEMENTOS QUE DIFICULTAM AS PRÁTICAS DAS ENFERMEIRAS DE LIGAÇÃO

(conclusão)

CATEGORIAS	SUBCATEGORIAS	EXEMPLOS
Os elementos que facilitam as práticas das enfermeiras de ligação	<p>Processo de cuidado centrado no paciente.</p> <p>Principais aspectos:</p> <hr/> <ul style="list-style-type: none"> - Identificação precoce dos pacientes que necessitam do serviço de ligação. - Documentação do paciente completa e clara. - O conhecimento das enfermeiras assistenciais sobre as necessidades dos pacientes. - A boa comunicação e colaboração entre profissionais do hospital e dos serviços extra-hospitalares. 	<p>“Quando o paciente é identificado precocemente [...]”. (EL6).</p> <p>“Uma rápida busca ativa dos clientes que tem necessidade de ligação”. (EL22).</p> <p>“Anotações no prontuário bem completas”. (EL8).</p> <p>“Quando os cuidados requeridos são bem detalhados”. (EL21).</p> <p>“Bom conhecimento da enfermeira do andar sobre o estado atual do paciente”. (EL8).</p> <p>[...] boa comunicação com o pessoal do andar”. (EL8).</p> <p>“Os encontros multidisciplinares nas unidades”. (EL9).</p> <p>[...] a facilidade de acesso ao médico ou residentes”. (EL7).</p> <p>“Coordenação da ligação é também disponível em suporte”. (EL10).</p> <p>“No CLSC nos podemos discutir com os intervenientes envolvidos no caso [...]”. (EL7).</p> <p>“[...] no caso dos centros de readaptação eles respondem aos nossos questionamentos e nos ajudam [...] a procurar os serviços relacionados com as necessidades”. (EL11).</p> <p>“As pessoas que trabalham no regulação os coordenadores dos centros de readaptação”. (EL22).</p>
	<p>Compreensão do papel das enfermeiras de ligação pela equipe assistencial.</p>	<p>“Uma boa visibilidade e conhecimento dos papéis da ligação pelos outros”. (EL10).</p> <p>“Boa compreensão de nosso papel e das ações a fazer”. (EL19).</p>
	<p>A participação da família.</p>	<p>Família participativa, que se implica com o bem estar do paciente. (EL7).</p>
	<p>Recursos informáticos.</p>	<p>“Uma ferramenta de partilha de informação comum e reservado equipa de ligação”. (EL11).</p>
	<p>Principais aspectos:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pedido de contrarreferência informatizado. - Sistema eletrônico destinado aos serviços de ligação. <p>A participação da família.</p>	<p>“Prontuário comum sobre o nosso computador disponibilizado pela coordenadora de ligação em colaboração com o agente administrativo”. (EL17).</p> <p>“Pedido de contrarreferência” (EL9).</p>
FONTE O autor (2017)		<p>“Família participativa, que se implica com o bem estar do paciente”. (EL7).</p>

APÊNDICE 7 – AS CONTRIBUIÇÕES DAS ATIVIDADES DESENVOLVIDAS DURANTE O ESTÁGIO DE DOUTORADO NO EXTERIOR

O estágio de doutorado foi realizado na *Faculté des Sciences Infirmières* da *Université Laval*, na cidade de Québec, sob supervisão da Professora Doutora Judith Lapierre, de outubro de 2016 a março de 2017. O estágio foi financiado pelo Governo Canadense por meio do *PFLA* que objetiva contribuir para a formação de jovens pesquisadores da América Latina. Foram muitas as contribuições do estágio e, para melhor explicitar, foram divididos em três tópicos, sendo eles: - Contribuições para o desenvolvimento da tese; - Contribuições para a formação acadêmica e - Contribuições pessoais.

Contribuições para o desenvolvimento da tese

Dentre as contribuições para o desenvolvimento da tese, destaca-se a observação e o contato com o trabalho das enfermeiras de ligação e a escolha do referencial teórico que subsidiou a análise dos dados desta pesquisa.

A observação e o contato com o trabalho das enfermeiras de ligação ocorreu por meio de uma visita técnica ao hospital *Notre Dame*, na cidade de Montréal. Nesta ocasião, foi designada uma enfermeira de ligação para me acompanhar, a qual me apresentou o hospital, as demais enfermeiras de ligação e o serviço de ligação. A apresentação do serviço de ligação contemplou o espaço físico, as normas e as rotinas do setor, o sistema eletrônico utilizado para contrarreferenciar os pacientes e os formulários utilizados pelo serviço de ligação.

Também foi possível acompanhar a contrarreferência de pacientes, que compreendeu: o recebimento do pedido do serviço de ligação; o estudo do prontuário do paciente; a entrevista com o paciente e a família; o diálogo entre a enfermeira de ligação e outros profissionais do hospital acerca da necessidade de recursos no domicílio para dar continuidade ao tratamento após a alta hospitalar; sobre a própria alta do paciente, se deveria ser liberada ou não e por fim o preenchimento do pedido de contrarreferência *online*.

Esta visita foi uma oportunidade ímpar em que vivenciei, junto às enfermeiras de ligação, o seu cotidiano e até mesmo as suas dificuldades. Também foi uma excelente ocasião para esclarecer dúvidas acerca das siglas e termos em Francês

que apareceram nos questionários respondidos pelas participantes da pesquisa e sobre a organização das profissionais no hospital.

A supervisora Dra. Judith Lapierre me auxiliou na elaboração da apresentação dos resultados preliminares da tese e me acompanhou durante a explanação destes para os chefes das enfermeiras de ligação, realizada em 08 de dezembro de 2016; a apresentação foi firmada anteriormente entre as pesquisadoras e os chefes dos serviços de ligação como uma forma de contribuir para com o serviço de ligação. Esta foi uma excelente oportunidade em que foi possível discutir alguns pontos importantes acerca das práticas das enfermeiras de ligação. Nesta ocasião, a Dra. Judith Lapierre indicou a leitura do livro *Strengths-Based Nursing Care: health and Healing for person and family* como uma opção para fundamentar a análise dos dados da tese. Após aproximação com o referencial, este foi adotado, por ir ao encontro das práticas das enfermeiras de ligação ao abordar o ser humano na sua totalidade, estimular a identificação das competências, habilidades e recursos disponíveis das pessoas.

Contribuições para a formação acadêmica

Dentre as contribuições para a minha formação acadêmica destaco a oportunidade de assistir à apresentação de diferentes projetos da *Réseau de Recherche en Interventions en Sciences Infirmières du Québec* e videoconferências tais como: *La recherche qualitative en innovation sociale: approches et méthodes*. *Conférence "Nursing Intervention Development Research: The Process in Four Different Contexts"* e o *Webinar: General presentation of QDA Miner*.

Também participei de um treinamento com a bibliotecária sobre o funcionamento das bases de dados da *Faculté des Sciences Infirmières* da *Université Laval* e de outro encontro que abordou especificamente a área da saúde. Além disso, a *Faculté des Sciences Infirmières* da *Université Laval* disponibilizou a sua base de dados para que pudesse consultá-la quando necessário.

Em relação à publicação científica, tive a oportunidade de enviar um resumo dos resultados da tese para *85 Congrès d'Association Canadienne-Française pour L'avancement des Sciences (l' ACFAS)*, o qual foi aceito e apresentado pela orientadora desta tese, em maio de 2017, na cidade de Montréal. Há outro artigo,

em processo de construção, em parceria com uma enfermeira de ligação canadense.

O estágio também possibilitou a criação de vínculos com professores da *Université Laval*, o que pode facilitar futuros projetos de pesquisa, visitas e a inserção de novos discentes interessados em programas de estágio de doutoramento e de pós-doutorado.

Contribuições pessoais

Quanto às contribuições pessoais, destaco a realização do curso de Francisação no *Center du Phénix*, uma escola de educação para adultos que possui parceria com a *Université Laval* e atende alunos estrangeiros e imigrantes. Neste curso tive a oportunidade de cursar o nível um, dois e iniciar o nível três de Francês.

Além disso, o contato com os alunos do *Center du Phénix*, com os docentes e discentes da universidade, a oportunidade de participar de alguns eventos da cidade foram importantes para o conhecimento da cultura do país e suas tradições

ANEXO 1 – PARECERES DOS CÔMITES DE ÉTICA EM PESQUISA



DECLARATION

Chercheur Principal: Elizabeth Bernardino

Título da Pesquisa: Estratégias de Integração em rede: contribuições do enfermeiro

Númeroº do Parecer Consubstanciado: 888.681|

CAAE: 36975914.5.0000.012

Nous déclarons avoir lu et être d'accord avec le rapport final émit par le Comité d'éthique du Secteur des Sciences de la Santé de l'UFPR – et aussi connaitre et respecter les Résolutions brésiliennes, surtout la Résolution 466/2012 (CNS).

Cette institution est consciente de ses responsabilités comme coparticipante de ce projet de recherche, aussi bien que le compromis de garder sécuriser les donnés collectées s'il y a lieu, et du bien-être des participants, en offrant les conditions nécessaires de sécurité et de bien-être de ces participants.

Montréal (Canada), le 25 novembre 2015

A handwritten signature in blue ink, reading "Sylvie Dubois", is positioned above a horizontal line.

DUBOIS Sylvie, Directrice des soins infirmiers et des regroupements clientèles du Centre hospitalier de l'Université de Montréal (CHUM)

Québec, le 27 janvier 2016

PAR COURRIER ÉLECTRONIQUE

Madame Elizabeth Bernardino
Professeure adjointe
Département des sciences infirmières
Université fédérale du Paraná (Brésil)
courriel : elizaber@ufpr.br

Objet : Autorisation de réaliser la recherche suivante :
Les pratiques des infirmières de liaison pour la continuité des soins
Numéro attribué par le CER du CHUM : **MP-02-2016-6325**
Numéro de convenance : **2015-2016-9012**

Madame,

Il nous fait plaisir de vous autoriser à réaliser votre recherche sous les auspices du CIUSSS de la Capitale-Nationale.

Cette autorisation vous est accordée sur la foi des documents que vous avez déposés auprès de notre établissement, notamment la lettre du CER évaluateur, le CER du CHUM, portant la date du 7 décembre 2015, qui établit que votre projet de recherche a fait l'objet d'un examen scientifique et d'un examen éthique dont le résultat est positif.

À noter : si le CER évaluateur vous informe, pendant le déroulement de cette recherche, d'une décision négative portant sur l'acceptabilité éthique de cette recherche, vous devrez considérer que la présente autorisation de réaliser la recherche dans notre établissement est, de ce fait, révoquée à la date que porte l'avis du CER évaluateur.

Notre établissement a reçu une copie de la version finale des documents se rapportant à la recherche, approuvée par le CER évaluateur, le CER du CHUM. Nous n'avons pas demandé de modifications administratives à vos documents.

Si un suivi s'avère nécessaire lors de l'utilisation de ces documents dans notre établissement, vous voudrez bien vous adresser à notre CER local pour le secteur visé par la recherche, Madame Béatrice Eysermann, 418-681-8787 poste 3864.

Veuillez noter que cette autorisation suppose également que vous respecterez les modalités énoncées ci-après.

Cette autorisation de réaliser la recherche suppose également que vous vous engagez :

- 1) à vous conformer aux demandes du CER évaluateur, notamment pour le suivi éthique continu de la recherche;

- 2) à rendre compte au CER évaluateur et au signataire de la présente autorisation du déroulement du projet, des actes de votre équipe de recherche, s'il en est une, ainsi que du respect des règles de l'éthique de la recherche;
- 3) à respecter les moyens relatifs au suivi continu qui ont été fixés par le CER évaluateur;
- 4) à conserver les dossiers de recherche pendant la période fixée par le CER évaluateur, après la fin du projet, afin de permettre leur éventuelle vérification;
- 5) à respecter les modalités arrêtées au regard du mécanisme d'identification des sujets de recherche dans notre établissement, à savoir :

la tenue à jour et la conservation de la liste à jour des sujets de recherche recrutés dans notre établissement. Cette liste devra nous être fournie sur demande.

La présente autorisation peut être suspendue ou révoquée par notre établissement en cas de non-respect des conditions établies. Le CER évaluateur en sera alors informé.

Vous consentez également à ce que notre établissement communique aux autorités compétentes des renseignements personnels qui sont nominatifs au sens de la loi en présence d'un cas avéré de manquement à la conduite responsable en recherche de votre part lors de la réalisation de cette recherche.

Je vous invite à entrer en communication avec moi pendant le déroulement de cette recherche dans notre établissement, si besoin est. Vous pouvez aussi solliciter l'appui de notre CER pour ce secteur en vous adressant à Béatrice Eysermann, au 418-681-8787 poste 3864.

En terminant, je vous demanderais de toujours mentionner dans votre correspondance au sujet de cette recherche le numéro attribué à votre demande par notre établissement ainsi que le numéro attribué au projet de recherche par le CER évaluateur.

Veuillez recevoir, Madame, nos salutations les plus distinguées.

Le directeur de la recherche,



Yves De Koninck, PhD, FCAHS, MSRC

CC : Président du CER CSSS Vieille-Capitale : Dr Jean Maziade, A/S Béatrice Eysermann,
Comité d'éthique de la recherche : beatrice.eysermann@csssvc.qc.ca

Personne ayant évalué la convenance : Isabelle Simard, directrice des services multidisciplinaires du CIUSSS

PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DA EMENDA

Título da Pesquisa: Estratégias de Integração em Rede: Contribuições do Enfermeiro

Pesquisador: Elizabeth Bernardino

Área Temática:

Versão: 4

CAAE: 36975914.5.0000.0102

Instituição Proponente: Programa de Pós-Graduação em Enfermagem - UFPR

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 1.426.575

Apresentação do Projeto:

Estratégias de Integração em Rede: contribuições do enfermeiro" que, sob a responsabilidade da pesquisadora responsável Dra. Elizabeth Bernardino, conta com a colaboração da Direção de Enfermagem do Hospital de Clínicas da Universidade Federal do Paraná, Coordenação de Enfermagem da Secretaria Municipal de Saúde do município de Curitiba e do Grupo de Pesquisas em Políticas, Gestão e Práticas em Saúde -GPPGPS do Programa de Pós Graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Paraná.

Trata-se de Projeto Guarda-Chuva com 3 metodologias diferenciadas à saber: Pesquisa-Ação, Teoria Fundamentada nos Dados e Pesquisa Exploratória, constituído como um conjunto de estudos que visa elucidar como é operacionalizada, na rede Sus/Curitiba, a diretriz da integralidade pela integração dos diferentes serviços da rede de atenção - com destaque para a enfermagem, na perspectiva do gerenciamento.

Objetivo da Pesquisa:

- 1- Compreender a integração da rede SUS/Curitiba nas suas cinco dimensões, referidas por Contrandriopoulos et al (2003): Integração de cuidados; integração da equipe clínica; integração funcional; integração normativa e integração sistêmica.
- 2- Analisar a viabilidade da implantação da enfermeira de ligação, como estratégia de integração

Endereço: Rua Padre Camargo, 285 - Térreo

Bairro: Alto da Glória

UF: PR

Município: CURITIBA

Telefone: (41)3360-7259

CEP: 80.060-240

E-mail: cometica.saude@ufpr.br

Continuação do Parecer: 1.426.575

na rede SUS Curitiba.

3- Construir uma teoria que demonstre, a partir da vivência de profissionais de saúde e usuários, como se desenvolvem as práticas de integração do cuidado na rede de atenção à saúde.

4- Propor estratégias de integração dos cuidados para a rede de atenção à saúde SUS/Curitiba

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Segundo a pesquisadora: "Os participantes não correrão nenhum risco e serão beneficiados, pois contribuirão para uma maior compreensão sobre as estratégias para a integralidade do cuidado de enfermagem. As instituições serão esclarecidas quanto ao objetivo desta pesquisa, dessa forma não é esperado nenhum risco; entretanto, se os enfermeiros, gestores ou usuários que se sentirem constrangidos, impedidos de falar por qualquer

motivo, isso será levado em consideração, pois sua opinião é importante, desta forma a pesquisa pode ser interrompida, caso ainda haja o interesse em participar, nova data será reagendada, caso contrário será cancelada".

Segundo a pesquisadora: "Os benefícios oriundos desta pesquisa são de natureza coletiva, não tendo relação direta com o participante ou com qualquer pessoa em particular. O maior beneficiado com a pesquisa serão os serviços participantes, bem como o município em um aspecto abrangente, que poderá reorientar ou não a seu critério suas ações de forma que sejam mais adequadas em relação à integralidade/integração da rede, mediante os resultados apresentados.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Trata-se de projeto anteriormente avaliado por este CEP, sendo que agora a pesquisadora apresenta a emenda, justificada da seguinte forma: "O parecer de número 1. 378.212, emitido pelo CEP da Universidade Federal do Paraná solicita a carta de anuência das coparticipantes do estudo, que foram anexadas na plataforma com a seguinte denominação: carta coparticipante Canadá e Carta coparticipante Portugal 1 e 2, solicita , ainda, que sejam explicitados os vínculos das enfermeiras estrangeiras que participarão desta pesquisa. Para esta última pendência, foi revisado o texto do projeto de pesquisa que se encontram nas páginas 26 e 27, destacado em amarelo e assim descrito: As enfermeiras estrangeiras que participarão desta pesquisa serão 25 enfermeiras que trabalham no Centro Hospitalar da Universidade de Montreal (CHUM), Canadá e 25 enfermeiras de ligação que exercem suas atividades profissionais no Centro Hospitalar de S. João, Porto, Portugal.

Destaca-se que está em trâmite o convênio entre a Universidade Federal do Paraná e a Universidade de Montreal e a Escola Superior de Enfermagem do Porto.

Endereço: Rua Padre Camargo, 285 - Térreo

Bairro: Alto da Glória

UF: PR

Município: CURITIBA

Telefone: (41)3360-7259

CEP: 80.060-240

E-mail: cometica.saude@ufpr.br

**UNIVERSIDADE FEDERAL DO
PARANÁ - SETOR DE
CIÊNCIAS DA SAÚDE/ SCS -**



Continuação do Parecer: 1.426.575

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Todos os termos obrigatórios foram apresentados.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

As pendências foram adequadamente respondidas.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_618220 E1.pdf	21/01/2016 12:44:11		Aceito
Outros	Resposta_pendencia_parecer_consultado cep.pdf	21/01/2016 12:30:17	Elizabeth Bernardino	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto_revisado_para_parecer_cep_1378212.pdf	21/01/2016 12:26:00	Elizabeth Bernardino	Aceito
Outros	Carta_coparticipante_Portugal_2.pdf	21/01/2016 12:20:54	Elizabeth Bernardino	Aceito
Outros	Carta_coparticipante_Portugal_1.pdf	21/01/2016 12:20:20	Elizabeth Bernardino	Aceito
Outros	Carta_coparticipante_Canada.pdf	21/01/2016 12:19:01	Elizabeth Bernardino	Aceito
Outros	Caratasolicitacaoemenda.pdf	09/11/2015 16:35:10	Elizabeth Bernardino	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLEportugal.pdf	29/10/2015 15:14:35	Elizabeth Bernardino	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto detalhado com correções.docx	06/11/2014 21:56:11		Aceito
Outros	Termo de concordância Secretaria Municipal de Saúde.pdf	06/11/2014 21:55:09		Aceito
Folha de Rosto	Folha de rosto.pdf	30/09/2014 20:34:28		Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto detalhado.doc	30/09/2014 20:32:28		Aceito
Outros	Termo de compromisso.pdf	30/09/2014 20:31:16		Aceito
Outros	Checklist2.pdf	30/09/2014 20:30:43		Aceito
Outros	Checklist1.pdf	30/09/2014 20:29:29		Aceito

Endereço: Rua Padre Camargo, 285 - Térreo

Bairro: Alto da Glória

CEP: 80.060-240

UF: PR

Município: CURITIBA

Telefone: (41)3360-7259

E-mail: cometica.saude@ufpr.br

UNIVERSIDADE FEDERAL DO
PARANÁ - SETOR DE
CIÊNCIAS DA SAÚDE/ SCS -



Continuação do Parecer: 1.426.575

TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO.docx	09/09/2014 10:44:40		Aceito
Outros	Declaração de uso específico dos dados coletados.jpg	09/09/2014 10:23:20		Aceito
Outros	Declaração de tornar público os resultados.jpg	09/09/2014 10:23:04		Aceito
Outros	Termo de confidencialidade.jpg	09/09/2014 10:22:46		Aceito
Outros	Análise de mérito.jpg	09/09/2014 10:22:23		Aceito
Outros	Termo de responsabilidade.jpg	09/09/2014 10:21:55		Aceito
Outros	Ata de aprovação no PPGENF.jpg	09/09/2014 10:21:29		Aceito
Outros	Declaração de aprovação no colegiado do PPGENF.jpg	09/09/2014 10:20:36		Aceito
Outros	Declaração do autor.jpg	09/09/2014 10:20:13		Aceito
Outros	Instituição Co-participante 2.jpg	09/09/2014 10:19:37		Aceito
Outros	Declaração Instituição Co-participante 1.jpg	09/09/2014 10:19:20		Aceito
Outros	Declaração de aceite diretor HC.jpg	09/09/2014 10:19:06		Aceito
Outros	Declaração serviço CAD.jpg	09/09/2014 10:18:48		Aceito
Outros	Declaração serviço clínica médica.jpg	09/09/2014 10:18:29		Aceito
Outros	Declaração serviço neurologia.jpg	09/09/2014 10:18:14		Aceito
Outros	Declaração serviço QT.jpg	09/09/2014 10:17:55		Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita apreciação da CONEP:

Não

Endereço: Rua Padre Camargo, 285 - Térreo

Bairro: Alto da Glória

CEP: 80.060-240

UF: PR

Município: CURITIBA

Telefone: (41)3360-7259

E-mail: cometica.saude@ufpr.br

UNIVERSIDADE FEDERAL DO
PARANÁ - SETOR DE
CIÊNCIAS DA SAÚDE/ SCS -



Continuação do Parecer: 1.426.575

CURITIBA, 26 de Fevereiro de 2016

Assinado por:
IDA CRISTINA GUBERT
(Coordenador)

Endereço: Rua Padre Camargo, 285 - Térreo

Bairro: Alto da Glória

UF: PR

Município: CURITIBA

CEP: 80.060-240

Telefone: (41)3360-7259

E-mail: cometica.saude@ufpr.br